

AZIENDA: ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE DI FATTURA

Ragione sociale azienda / ditta / ente

Con sede a (città e provincia)

via

n. civico

cap

Tel. Fisso

Partita Iva

C.F.

Codice Univoco

E-mail @ (del referente per la fatturazione)

Referente per la fatturazione (nome e cognome)

DATI DEI PARTECIPANTI

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	MANSIONE	SETTORE DI RIFERIMENTO	E-MAIL*

*mail univoca per ciascun lavoratore

**Per i corsi formazione specifica/se richiesto da normativa di riferimento

INFORMATIVA BREVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 (GDPR)

Prendo atto che per i corsi soggetti a riserva normativa Aifos tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa e tecnico-logistica di supporto, acquisisce i dati personali (qui inseriti) per la sola finalità di tutela del processo formativo di cui Aifos è garante come citato nell'informativa estesa disponibile sul sito di Aifos.

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) in qualità di **Datore di Lavoro** dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

- Gli iscritti sono in possesso dei requisiti specificati nella scheda progettuale **Luogo e data** _____ **Firma** _____
- Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 **Luogo e data** _____ **Firma** _____

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Titolo del corso:	Quota d'iscrizione:	Quota riservata per le iscrizioni multiple: (minimo 5 partecipanti, sconto 10%)
FORMAZIONE DATORE DI LAVORO	☐ € 250,00 + IVA	☐

Modalità di pagamento

☐ RIMESSA DIRETTA CON BONIFICO BANCARIO ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE Banca Pop. di Milano – IT44K0503453420000000004995

Causale iscrizione "CORSO FORMAZIONE DATORE DI LAVORO"

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, dispense del corso, attestato e libretto formativo. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il contenuto, le modalità organizzative del corso in oggetto. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso.**

Luogo e data _____ **Firma** _____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia il presente modulo con i dati e l'attestazione di avvenuto pagamento a: formazione@securgest-sicurezza.it

Sede amministrativa C.F.A AIFOS - R.P.F. BIANCHI VALENTINA N.506
Secur Gest di Bianchi Valentina – Sede: Via Nazario Sauro, 52 - 24058 Romano di Lombardia (BG).
Tel/Fax:. 0363.90.12.48 - **e-mail:** segreteria@securgest-sicurezza.it **web:** www.securgest-sicurezza.it
Cod.Fisc. BNCVNT87D61H509C **P.IVA** 04063580163

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	03	04/06/2025	1/1