SCHEDA ISCRIZIONE

Formazione Lavoratori

Rinnovo Formazione

Covid-19 e lavoro: procedure tipo

VIDEOCONFERENZA

Aggiornamento – 1 ora

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a formazione@az-safe.it

Date disponibili

☐ **1° corso:** 21/05	Dalle 10:00 alle 11:00
☐ **2° corso:** 26/05	Dalle 10:00 alle 11:00

Parte da compilare a cura del PARTECIPANTE

_____
Cognome* e nome* Mansione Settore di riferimento titolo di studio

_____ (_____)_____
Nato* a provincia in data* codice fiscale*

_____
Residente a (città e provincia) via n. civico cap

_____
Cellulare mail @*

Dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 di essere in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016

Prendo atto che il Centro di Formazione AZ Safe srl acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e di erogazione della formazione, è titolare del trattamento per le finalità citate nella informativa di cui ho preso visione attraverso il sito www.az-safe.it. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare) attestanti l'esecuzione del progetto formativo.

Prendo, inoltre, atto delle finalità del Centro di Formazione che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi).

Luogo e data _____ Firma _____

A conoscenza del diritto dell'interessato di revocare il proprio consenso, senza indicare alcuna motivazione, con effetto dalla revoca in poi, io, quale interessato:

Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail ed sms, dal Centro di Formazione tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail ed sms, dal Centro di Formazione tempestive segnalazioni relativamente alla scadenza dei miei crediti formativi
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività

Luogo e data _____ Firma _____

La preghiamo di comunicare la Sua revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a privacy@az-safe.it

SCHEDA ISCRIZIONE

Formazione Lavoratori

Rinnovo Formazione

Covid-19 e lavoro: procedure tipo

VIDEOCONFERENZA

Aggiornamento – 1 ora

Parte da compilare a cura dell'azienda: ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE di RICEVUTA O FATTURA:

Ragione sociale azienda / ditta / ente

Con sede a (città e provincia) via n. civico cap

Tel. Fisso mail @ (del referente per la fatturazione)

Partita iva Referente per la fatturazione (nome e cognome)

Codice Destinatario @pec

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota di iscrizione	Iscrizioni multiple (minimo 3 partecipanti, vedi pag. seguente)
□ **Quota intera**	□ € 25,00 + IVA	□ € 23,75+ IVA

Modalità di pagamento:

☐ BB vista fattura

BANCA REALE SPA - Agenzia Legnano (MI) Corso Sempione , 167 - Intestato a: AZ Safe S.r.l. - IBAN: IT21D0313820200000013240601
Causale iscrizione "TITOLO CORSO – PARTECIPANTE XXXXXX"

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi vari come previsti dal programma del corso. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso.** *AZ Safe si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata*. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso**.** In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 10 giorni lavorativi, AZ Safe tratterrà e fatturerà il 50 % della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 10 giorni lavorativi AZ Safe tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data_____Firma_____

SCHEDA ISCRIZIONE

Formazione Lavoratori

Rinnovo Formazione

Covid-19 e lavoro: procedure tipo

VIDEOCONFERENZA

Aggiornamento – 1 ora

PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI MULTIPLE

NB. La tariffa scontata per le iscrizioni multiple è riservata ad un minimo di n. 3 partecipanti (appartenenti alla stessa azienda) iscritti al corso

Parte da compilare a cura dei PARTECIPANTI

2° Partecipante:

_____

Cognome* e nome* Mansione Settore di riferimento titolo di studio

_____(_____)_____

Nato* a provincia in data* codice fiscale*

_____

Residente a (città e provincia) via n. civico cap

_____

Cellulare mail @*

Dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 di essere in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016

Prendo atto che il Centro di Formazione AZ Safe srl acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e di erogazione della formazione, è titolare del trattamento per le finalità citate nella informativa di cui ho preso visione attraverso il sito www.az-safe.it. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare) attestanti l'esecuzione del progetto formativo.

Prendo, inoltre, atto delle finalità del Centro di Formazione che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi).

Luogo e data _____ Firma _____

A conoscenza del diritto dell'interessato di revocare il proprio consenso, senza indicare alcuna motivazione, con effetto dalla revoca in poi, io, quale interessato:

Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail ed sms, dal Centro di Formazione tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail ed sms, dal Centro di Formazione tempestive segnalazioni relativamente alla scadenza dei miei crediti formativi
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività

Luogo e data _____ Firma _____

La preghiamo di comunicare la Sua revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a privacy@az-safe.it

SCHEDA ISCRIZIONE

Formazione Lavoratori

Rinnovo Formazione

Covid-19 e lavoro: procedure tipo

VIDEOCONFERENZA

Aggiornamento – 1 ora

3° Partecipante:

_____

Cognome* e nome* Mansione Settore di riferimento titolo di studio

_____ (_____)_____

Nato* a provincia in data* codice fiscale*

_____

Residente a (città e provincia) via n. civico cap

_____

Cellulare mail @*

Dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 di essere in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016

Prendo atto che il Centro di Formazione AZ Safe srl acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e di erogazione della formazione, è titolare del trattamento per le finalità citate nella informativa di cui ho preso visione attraverso il sito www.az-safe.it. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare) attestanti l'esecuzione del progetto formativo.

Prendo, inoltre, atto delle finalità del Centro di Formazione che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi).

Luogo e data _____ Firma _____

A conoscenza del diritto dell'interessato di revocare il proprio consenso, senza indicare alcuna motivazione, con effetto dalla revoca in poi, io, quale interessato:

Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail ed sms, dal Centro di Formazione tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail ed sms, dal Centro di Formazione tempestive segnalazioni relativamente alla scadenza dei miei crediti formativi
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività

Luogo e data _____ Firma _____

La preghiamo di comunicare la Sua revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a privacy@az-safe.it