

Corso di formazione
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza - 32 ore
27/03, 29/03, 03/04 e 05/04/2019 (8.30 - 12.30 e 14.00 - 18.00)

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

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 D.LGS N. 196 DEL 30/06/03
 Autorizziamo AiFOS ed Andromeda Srl ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Luogo e data _____ Firma _____

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 _____	C.F. _____	Referente per la fatturazione (nome e cognome) _____	

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota di iscrizione
<input type="checkbox"/> Quota	<input type="checkbox"/> € 450,00 + IVA

Modalità di pagamento: indicare con una X la forma di pagamento scelta

- Bonifico bancario per accredito sul conto corrente N. 1001 di Banca Popolare Mantova intestato a "Andromeda Srl"
Cod. Iban: IT29B055841150400000001001 Causale iscrizione "Corso Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza" - PARTECIPANTE XXXXXX"
- Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura. Codice Univoco _____ CIG (se presente): _____

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. CFA 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 presentazione degli iscritti all'evento Andromeda Srl sarà comunque autorizzata a emettere fattura per l'intero importo sopra indicato. Per esigenze di natura organizzativa e didattica, Andromeda Srl si riserva la facoltà di annullare o rinviare i seminari, i corsi e le varie attività già programmati, nel caso non venga raggiunto il numero minimo di partecipanti.

Luogo e data _____ Firma _____

Andromeda srl

Ente di formazione accreditato in Regione Lombardia al n. 670 - CFA: Centro di Formazione convenzionato AiFOS
 Piazza C. Mozzarelli, 18 - 46100 Mantova - Tel: 0376/363172 Fax: 0376/229958 - info@andromedamantova.it - www.andromedamantova.it

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	1/2

Corso di formazione
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza - 32 ore
27/03, 29/03, 03/04 e 05/04/2019 (8.30 - 12.30 e 14.00 - 18.00)

PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI MULTIPLE

Parte da compilare a cura dei PARTECIPANTI

2° Partecipante:

Cognome e nome	Professione 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 D.LGS N. 196 DEL 30/06/03

Autorizziamo AiFOS ed il Andromeda Srl ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Luogo e data _____ Firma _____

3° Partecipante:

Cognome e nome	Professione 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 D.LGS N. 196 DEL 30/06/03

Autorizziamo AiFOS ed il Andromeda Srl ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Luogo e data _____ Firma _____

Andromeda srl

Ente di formazione accreditato in Regione Lombardia al n. 670 - CFA: Centro di Formazione convenzionato AiFOS

Piazza C. Mozzarelli, 18 - 46100 Mantova - Tel: 0376/363172 Fax: 0376/229958 - info@andromedamantova.it - www.andromedamantova.it

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	2/2