

**Corso di aggiornamento per rappresentanti dei Lavoratori
per la Sicurezza aziende con meno di 50 lavoratori
10 MAGGIO 2019 (8.30 - 12.30)**

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"/> € 100,00 + 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 aggiornamento per Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza Aziende oltre a 50 lavoratori" - 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 aggiornamento per rappresentanti dei Lavoratori
per la Sicurezza aziende con meno di 50 lavoratori
10 MAGGIO 2019 (8.30 - 12.30)**

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