

SCHEDE ISCRIZIONE CORSI

Da restituire compilata o via mail info@formazionesicilia.eu o via fax **090.717171**

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CORSO: _____ **ADDETTO PRIMO SOCCORSO** _____

Aziende classificate: TIPO "A" (16 h) TIPO "B o C" (12 h)
 Aggiornamento TIPO "A" (6 h) Aggiornamento TIPO "B o C" (4 h)

COD. CORSO: _____ **NELLA SEDE DI:** _____ **di ore** _____

DEL COSTO: _____ **COD. SCONTO:** _____ **IMP. DA VERSARE:** _____ (+ iva)

SEZIONE IMPRESA

Denominazione Azienda _____ N° COMPL.VO DIPENDENTI: _____

P.IVA _____ Codice Fiscale _____

Iscrizione _____ di _____ N. Iscrizione. _____

Sede legale: via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Telefono _____ Fax _____ e_mail _____

Referente per i corsi : Nominativo _____ Cellulare del Referente _____

SEZIONE ALLIEVO

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. ____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. ____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. ____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. ____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

Importante - cellulare allievo (per eventuali comunicazioni): _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso: m f

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: _____

Residenza in via/piazza _____ n. _____ Località _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale e_mail: _____ Titolo di studio: _____

CONDIZIONI GENERALI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

- 1. Conferma:** Lo svolgimento dei corsi è dipendente dal raggiungimento di un numero minimo di partecipanti. Gruppo Alta Formazione Srl darà conferma agli iscritti tramite il proprio sito www.formazioneisicilia.eu e/o con mail diretta agli interessati.
- 2. Pagamento:** Alla conferma dell'inizio del corso a mezzo bonifico bancario intestato a **Gruppo Alta Formazione Srl - Banca Intesa Sanpaolo Ag. 02019 - Genova - IBAN: IT74 M030 6901 4401 0000 0002 422** con indicazione nella causale del cod. corso.
- 3. Disdetta:** In caso di mancata partecipazione, la disdetta dovrà essere comunicata almeno **3** giorni lavorativi prima dell'inizio del corso a mezzo fax al n. 090.717171. E' ammessa la sostituzione dell'iscritto con altra persona della stessa azienda da comunicare almeno 1 giorno prima l'inizio del corso. **In caso di rinuncia oltre il termine di cui sopra Gruppo Alta Formazione Srl fatturerà per intero la quota di iscrizione.**
- 4. Annullamento:** Gruppo Alta Formazione Srl si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare il corso dandone tempestiva comunicazione e restituendo le quote versate.
- 5. Sconti:** I prezzi sono scontati del **5%** per gli iscritti agli ordini degli Architetti, Ingegneri e Geometri. Sono scontati del **10%** ai possessori del coupon "Ti presento un Amico". Gli sconti non sono cumulabili.
- 6.** Dopo aver letto e compreso la nota informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, per le finalità di cui sopra

DÀ IL CONSENSO

NEGA IL CONSENSO

per il trattamento dei Suoi **dati sensibili, la comunicazione degli stessi ai soggetti appartenenti alle categorie sopra indicate** e i loro correlati trattamenti, consapevole che, in mancanza di tale consenso, la azienda non può eseguire quelle operazioni che richiedono tali trattamenti o comunicazioni.

Timbro e firma per accettazione
e specifica approvazione dei punti 1, 2, 3, 4, 5 e 6

Data _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DECRETO LEGISLATIVO N 196 DEL 2003

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196 del 2003, Gruppo Alta Formazione Srl – con sede in Via XXIV Maggio 30, Messina, Titolare del trattamento, La informa che il trattamento dei suoi dati personali, trattati anche con strumenti automatizzati, ha per finalità l'iscrizione al corso di formazione, l'esecuzione di attività amministrative, fiscali e contabili. Il conferimento dei dati è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di partecipare al corso stesso. I dati, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati ai professionisti e alle aziende che si occupano della formazione, enti finanziatori a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Gli incaricati del trattamento che si occupano dell'organizzazione dei corsi di formazione, potranno venire a conoscenza dei suoi dati personali esclusivamente per le finalità su menzionate. Il Responsabile del trattamento è Il Dott. Lucà Giuseppe domiciliato per la carica in Vico Chiuso Paggi 4/8 Genova; l'elenco aggiornato dei responsabili è consultabile presso la sede della società. La informiamo, infine che potrà esercitare, i diritti contemplati dall'art. 7 del Decreto Legislativo 196/03, tra cui quello di ottenere dal Titolare, la conferma dell'esistenza o meno di Suoi Dati personali e di consentirLe, nel caso, la messa a disposizione. Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

Il Titolare del trattamento
Dott. Lucà Giuseppe

