

SCHEDA D'ISCRIZIONE
FORMAZIONE DEI LAVORATORI
MODULO SPECIFICO – ALTO RISCHIO
Corso CFA
ore 8.30-12.30 (12 ORE)
PER LE PERSONE FISICHE

Cognome* e nome*	Mansione	Settore di riferimento
Nato a* ()	provincia	in data* codice fiscale* *dati obbligatori

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

In caso di Corsi CFA	INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (Syrios S.r.l., Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione (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 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 all'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi). Luogo e data _____ Firma partecipante _____
-----------------------------	---

NON OBBLIGATORIO	Il CFA o sede amministrativa, sulla base della propria informativa estesa di cui sei invitato a prenderne conoscenza, ti informa che, per finalità di marketing, sulla base di un tuo esplicito consenso (ai sensi dell'art. 6.1.a del Reg.679/2016), ti potrà inserire in una lista per informarti, su futuri servizi e iniziative di formazione. Devi sempre essere a conoscenza, quale interessato, che potrai invocare i tuoi diritti e revocare il consenso in qualsiasi momento senza indicare motivazione, comunicando la revoca a info@syrios.it . <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td>Acconsento ☐</td> <td>Non Acconsento ☐</td> <td>a ricevere, per e-mail e sms, dal CFA tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro</td> </tr> <tr> <td>Acconsento ☐</td> <td>Non Acconsento ☐</td> <td>a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività</td> </tr> </table> Luogo e data _____ Firma partecipante _____	Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail e sms, dal CFA tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro	Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail e sms, dal CFA tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro					
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività					

PER LE AZIENDE

	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	MANSIONE	SETTORE DI RIFERIMENTO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

In caso di Corsi CFA	INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (Syrios S.r.l., Titolare o Responsabile del Trattamento secondo le direttive del Datore di Lavoro) acquisisce i dati personali per le finalità di erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella banca dati di AiFOS - Titolare Autonomo del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: AiFOS, quale garante del processo formativo, è responsabile dell'archiviazione e della conservazione per almeno 30 anni, dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare tutti previsti dal D.Lgs 81/08) attestanti la corretta esecuzione del progetto formativo. Prendo 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 all'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi). In qualità di Datore di Lavoro, titolare del trattamento dei dati personali dei propri dipendenti e collaboratori, anche nel caso in cui, con atto a parte, ho nominato il CFA Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 Reg. 679/2016, autorizzo il trasferimento dei dati ad AiFOS quale titolare autonomo per finalità di garanzia del processo formativo, archiviazione e conservazione come sopra riportato.
-----------------------------	---

Syrios S.r.l. - Centro di Formazione AiFOS
Via Madre Teresa di Calcutta, 4/E - 46023 Gonzaga (MN) - P.IVA: 02525090201
Tel. e Fax: 0376588053 - info@syrios.it - www.syrios.it

Responsabile del progetto Formativo:
Dott. Matteo Melli (RPF 402 - CFA: A002223)

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	00	04/10/2018	1/2

SCHEDA D'ISCRIZIONE
FORMAZIONE DEI LAVORATORI
MODULO SPECIFICO – ALTO RISCHIO
Corso CFA
ore 8.30-12.30 (12 ORE)

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

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

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) _____ Codice SDI _____

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

QUOTA D'ISCRIZIONE (a partecipante):

☐ € 175,00 + IVA

- **Sede del corso:** presso il nostro studio in Via Madre Teresa di Calcutta, 4/E – Gonzaga (MN)
- **Le lezioni del corso sono tenute in lingua italiana: è richiesta la comprensione della lingua per il raggiungimento degli obiettivi formativi**
- **Restano a carico del Datore di Lavoro le comunicazioni agli Organismi Paritetici**

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

☐ Accredito bancario a favore di **SYRIOS S.R.L. – BANCA CREDEM filiale di Gonzaga IBAN IT43S0303257670010000003558**

Causale iscrizione **“FORMAZIONE SPECIFICA ALTO RISCHIO – NOME PARTECIPANTE/AZIENDA”**

☐ 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.**

Per esigenze di natura organizzativa il CFA si riserva la facoltà di annullare o rinviare i corsi programmati. Ogni variazione sarà tempestivamente segnalata alle aziende e ai partecipanti già iscritti relativamente ai quali si provvederà alla restituzione immediata delle quote già eventualmente versate.

RECESSO: E' possibile rinunciare all'iscrizione entro 5 giorni antecedenti l'inizio del corso, comunicando il recesso via fax o e-mail. In tal caso la quota sarà ritenuta valida per la successiva edizione del corso. Qualora la comunicazione avvenga successivamente ai 5 giorni o avvenga di fatto con la mancata presenza al corso, la quota di iscrizione non verrà restituita.

Luogo e data _____ **Firma** _____

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a info@syrios.it o al fax 0376/588053