

CORSO DI FORMAZIONE PER ADDETTI ALL'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE

Corso BLSD (Basic Life Support early Defibrillation)

MODULO DI ISCRIZIONE

da restituire compilato via fax al n. 0376/588053 o via mail all'indirizzo info@syrios.it

Referente per eventuali contatti: Dott.ssa Monica Alberini - monica.alberini@syrios.it

Azienda:		Referente:
Indirizzo:		Città:
Tel.:	Fax:	e-mail:
Settore di attività (metalmeccanica, alimentare, tessile...):		Codice ATECO dell'attività svolta:
P. IVA:	Cod. Destinatario SDI:	pec:

Dati dei lavoratori interessati:

Nome e Cognome	Luogo e Data di Nascita - Codice Fiscale	Mansione

Corsi di formazione (costi per singolo partecipante):

☐ **Corso intero (5 ore):** € 110 + IVA

☐ **Corso aggiornamento (3 ore):** € 80 + IVA (solo per persone che hanno già seguito corsi BLSD che necessitano di un aggiornamento della formazione)

SEDE: Via Madre Teresa di Calcutta, 4/E - 46023 Gonzaga (MN) - ZONA COMMERCIALE NUOVO CONAD

ORARI DEI CORSI:



ATTESTATI: il corso è svolto secondo quanto previsto dalla Legge 3 aprile 2001 n. 120, dell'Accordo Stato-Regioni del 27/02/2003, della Legge 15 marzo 2004 n. 69, il docente è Medico iscritto all'Ordine dei Medici di Mantova; al termine del corso saranno rilasciati gli attestati di partecipazione come previsto dalla normativa.

Per poter ottenere l'attestato è necessaria la partecipazione al 90% del monte ore previsto (salvo casi diversi previsti dalla normativa vigente) e aver superato tutte le prove di verifica proposte e previste dalla normativa. Le lezioni di tutti i corsi sono tenute in lingua italiana; è richiesta la comprensione della lingua per il raggiungimento degli obiettivi formativi.

MODALITA' DI PAGAMENTO: al ricevimento del modulo lo studio provvederà ad inviarvi fattura per il successivo pagamento della quota, l'iscrizione si ritiene valida solo al momento del versamento della quota complessiva.

Si richiede successivamente l'invio della ricevuta di pagamento, i partecipanti non in regola con le quote di iscrizione non verranno ammessi al corso.

RECESSO: E' possibile rinunciare all'iscrizione entro 10 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 10 giorni o avvenga di fatto con la mancata presenza al corso, la quota di iscrizione non verrà restituita.

Per esigenze di natura organizzativa lo Studio 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.

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

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.

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

IN CASO DI ISCRIZIONI AZIENDALI:

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 _____

La preghiamo di comunicare la Sua revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a info@syrios.it
Titolare e responsabile del trattamento dei dati è Dott. Matteo Melli.

Data _____

Timbro e firma
per la conferma dell'iscrizione

