

**SCHEMA DI ISCRIZIONE AI PERCORSI DI AGGIORNAMENTO
IN VIDEOCONFERENZA SINCRONA**
ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. 81/08

l sottoscritt _____,
in qualità di _____ dell'Ente /Azienda _____,

CHIEDE

l'iscrizione dei lavoratori sotto indicati, ai percorsi in intestazione al costo di € 15,00 all'ora a partecipante (**PSB6.11**), per un totale di € _____, _____ (indicare il costo totale di iscrizione IVA inclusa, se prevista).

N. PROG.	NOME E COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

In caso di più di 3 iscrizioni fotocopiare la presente scheda, compilando solo la tabella, ed allegarla alla presente.

al/i corso/i sotto indicati (*barrare con una "x" l'incontro o gli incontri prescelti*)

	DATA	ORARIO	ARGOMENTO
<input type="checkbox"/>	10/12/24	dalle 15:00 alle 17:00	La movimentazione manuale dei carichi e le patologie muscolo scheletriche
<input type="checkbox"/>	12/12/24	dalle 14:40 alle 16:40	Formazione, informazione e addestramento: aggiornamenti e prospettive
<input type="checkbox"/>	18/12/24	dalle 9:10 alle 11:10	La valutazione dei rischi come fondamento della prevenzione
<input type="checkbox"/>	19/12/24	dalle 11:10 alle 13:10	La comunicazione nella prevenzione: significato e tecniche efficaci

l sottoscritt dichiara di essere a conoscenza che il versamento¹ è condizione necessaria per la conferma della iscrizione e che solo chi ritira l'iscrizione entro le ore 24:00 del decimo giorno antecedente l'inizio del corso potrà ricevere la restituzione dell'intera quota. Oltre tale data, ma entro le ore 24:00 del quinto giorno antecedente l'evento, chi ritira l'iscrizione potrà ricevere la restituzione del 50% della quota versata; il restante sarà trasferito, senza incremento, nel **PORTAFOGLIO CLIENTE**. Oltre tale seconda scadenza l'intera quota sarà versata, senza incremento, nel **PORTAFOGLIO CLIENTE**. In caso di mancata comunicazione entro tre ore dall'inizio dell'incontro, dell'impossibilità di partecipare all'evento, nessuna somma sarà restituita, cioè l'intera quota verrà tolta anche dal **PORTAFOGLIO CLIENTE**.

La comunicazione di rinuncia al corso deve avvenire in forma scritta.

In caso di traslazione dell'evento, o annullamento dello stesso, l'iscritto potrà richiedere l'intera quota versata o il suo trasferimento nel PORTAFOGLIO CLIENTE, con un potenziamento della stessa del 5%. La richiesta deve avvenire entro dieci giorni dalla comunicazione della variazione; trascorso tale termine, la quota versata, sarà trasferita, automaticamente, nel PORTAFOGLIO CLIENTE, opportunamente potenziata.

In relazione ai dati personali forniti, _l_ sottoscritt_:

- dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali n. 010.02;
- esprime il consenso al trattamento dei dati rilasciati:
 - per la gestione di questi corsi;
 - la gestione di eventuali iniziative future alle quali si iscriverà o per le quali manifesterà il proprio interesse;
 - per essere informato su iniziative future che potrebbero essere di suo interesse e organizzate o promosse dall'Agenzia Formativa (altri corsi, aggiornamenti obbligatori dei corsi frequentati, opportunità di sconti e promozioni relative a corsi, ecc.).

Data _____

Firma _____

¹ * Il versamento dovrà essere intestato all'AGENZIA FORMATIVA SOCIP S.r.l. e può essere effettuato tramite:

- bonifico su conto corrente postale, codice IBAN: IT 30 U 07601 14000 001025972926 - Causale: **PSB6.11**;
- direttamente presso la sede dell'AGENZIA FORMATIVA SOCIP S.r.l.
- richiesta di prelievo dal PORTAFOGLIO CLIENTE

Le somme dovute dovranno essere corrisposte per intero; non saranno accettati pagamenti con addebito di commissioni bancarie o eventuali oneri diversi (ad esempio dovuti a disposizioni di pagamento con clausola di “urgenza”).

l sottoscritt_:

- allega l’attestazione del pagamento della quota di iscrizione;
- conferma i dati per la fatturazione già forniti in precedenza;

oppure

- riporta i dati per la fatturazione.

- **I campi contrassegnati con “*” sono obbligatori.**

Estremi relativi alla fatturazione

(Indicare una delle seguenti condizioni *)

- LIBERO PROFESSIONISTA
- PRIVATO
- AZIENDA PRIVATA
- ENTE PUBBLICO che beneficia dell’esenzione IVA ai sensi dell’articolo 14, comma 10, Legge n. 537/1993

Ragione sociale* _____ via/piazza* _____

n.* _____ CAP* _____ comune* _____ prov.* _____

codice fiscale* _____ partita IVA (no per privato)* _____ tel. _____

cell. _____ fax _____ e-mail*: _____ @ _____

indirizzo pec _____

Codice destinatario _____

Codice univoco _____

I dati di fatturazione saranno trattati per i soli fini amministrativi, utilizzando eventualmente anche Responsabili del trattamento esterni, appositamente incaricati, il cui elenco è disponibile presso la sede dell’Agenzia Formativa.

