

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso **RILASCIO- UTILIZZATORI PROFESSIONALI**
Op. 2019-18162/RER Prog. 1 Ed.2

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____
Codice fiscale _____ Sesso M F _____
Residenza – Via _____
C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____
Recapito telefonico _____ / _____ Fax _____
E-mail _____
Ruolo professionale _____
Titolo di studio _____ specificare _____

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

E' dipendente ? SI' NO
Se sì che contratto ha con l'azienda ?
Tempo indeterminato..... Tempo determinato
Formazione lavoro..... Apprendistato
Part-time max 20/h sett Stagionale.....
Se non è dipendente è:
Imprenditore..... Socio.....
Socio lavoratore Collaboratore familiare
Libero professionista Lav.re autonomo (*coll. coordinata e continuativa*)...
Altro specificare _____

Se è disoccupato è iscritto nelle liste dell'ufficio per l'impiego ? SI' NO
Se sì risulta essere
Disoccupato da meno di 6 mesi.....
Disoccupato da più di 6 mesi.....

In caso di ticket o per i corsi a pagamento

FATTURARE A

Timbro:

PEC _____ Cod. UNIVOCO/SDI _____

Il costo complessivo previsto è pari a € __180_____

Il pagamento avviene tramite: contanti; assegno bancomat/carta

bonifico bancario (IBAN IT 49 M 06230 23933 000063713286)

Il pagamento/saldo deve avvenire entro il giorno antecedente l'avvio del corso. Eventuale rimborso dell'acconto è previsto solo per coloro che comunichino all'ente la rinuncia al corso prima dell'avvio delle lezioni. Non è previsto il rimborso per coloro che si ritirano a corso iniziato. Si allega calendario dell'attività formativa (se disponibile).

Il corso sarà avviato solo con un numero minimo di iscrizioni pari a __20__

Data _____ Firma _____

Autocertificazione dei requisiti di accesso ai sensi DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, il sottoscritto dichiara di possedere i requisiti richiesti per la partecipazione al corso in oggetto: maggiore età

Informativa e consenso al trattamento dei dati GDPR 679-2016

Ai sensi del GDPR 679-2016 e successive integrazioni e modifiche, in relazione ai dati personali che le sono richiesti e che ISCOM FORMAZIONE PER LE IMPRESE SCARL Soc. Cons. a.r.l. intende trattare La informiamo di quanto segue:

- 1) il trattamento a cui saranno sottoposti i suoi dati, richiesti con la modulistica predisposta, è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di ISCOM FORMAZIONE PER LE IMPRESE SCARL Soc. Cons. a.r.l. delle finalità attinenti all'esercizio della propria attività e di quelle ad essa collegate;
- 2) Il trattamento dei dati verrà effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici (banca dati);
- 3) I dati personali possono essere comunicati ai soggetti pubblici e privati coinvolti nel progetto in qualità di Enti finanziatori, Cofinanziatori, controllori e verificatori secondo le modalità previste dai medesimi.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa cui sopra,

Io Sottoscritto _____

autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali ad opera di ISCOM FORMAZIONE PER LE IMPRESE soc. cons. a.r.l. nei limiti sopra definiti.

Luogo e data _____

Firma _____