

SCHEDA D'ISCRIZIONE
CORSO DI FORMAZIONE COMPLETO PER RLS
(durata complessiva 32 ore)

Corso RPF - Corso CFA

Data compilazione _____

Partecipanti da iscrivere al corso

	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	MANSIONE	SETTORE DI RIFERIMENTO	E-MAIL
1								
2								
3								
4								
5								

 In caso Corsi RPF	<p>INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 679/2016 - ESTRATTO</p> <p>Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell'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 in capo alla sede amministrativa e all'RPF 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). Ulteriori finalità della sede amministrativa e dell'RPF saranno specificate in altra informativa. 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 la sede amministrativa o il RPF 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.</p>
--	---

In caso di Corsi CFA	<p>INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO</p> <p>Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (CFA, 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.</p>
-----------------------------	---

Io sottoscritto sig. _____, in qualità di Datore di Lavoro dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

- l'iscritto ha preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016

Luogo e data _____

Firma _____



Studio ARCADIA srl

Registered Office:

Via Bonifacio Lupi, 20 – 50129 Firenze (FI)

Headquarter:

Lungomare Marconi, 59/C – 57025 Piombino (LI)

Offices

Via Padana Superiore, 74 – 25080 Mazzano (BS)

Tel.: +39.0565.012031

Fax: +39.0565.012032

E-mail: info@studioarcadiasrl.it

Web: www.studioarcadiasrl.it

C.F./P.iva: 01648240495

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

SCHEDA D'ISCRIZIONE
CORSO DI FORMAZIONE COMPLETO PER RLS
(durata complessiva 32 ore)

Corso RPE - Corso CFA

Data compilazione _____

DIRITTO DI RECESSO

Il diritto di recesso si applica **esclusivamente al privato che effettua l'acquisto in qualità di consumatore** ex D.lgs 206/2005 e non a liberi professionisti con P.IVA, ad aziende e a singoli privati che si procurino beni o servizi utili a perfezionare competenze professionali già esistenti o ad acquisirne nuove.

Ai sensi dell'art. 59 c. 1, lettera a) del Codice del Consumo (Decreto Legislativo 6 settembre 2005 n.206) così come modificato dal D.Lgs. 21/02/2014, il diritto di recesso non può essere esercitato dopo la completa prestazione del servizio stesso. In questo caso, il consumatore, con la sottoscrizione del presente documento, accetta espressamente di perdere ogni diritto di recesso. Il diritto di recesso sarà quindi esercitabile dal consumatore solo ed esclusivamente nei 14 giorni successivi dall'acquisto del corso in aula, anteriormente all'inizio del corso, tramite apposito modulo (da richiedere alla mail info@studioarcadiasrl.it). Il rimborso totale della quota avverrà entro 14 giorni decorrenti dal momento in cui la sede amministrativa ha ricevuto il modulo di richiesta recesso. In caso di disdetta a partire dal 15° giorno dalla data d'acquisto fino al sesto giorno antecedente l'inizio del corso la sede amministrativa tratterrà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata; nel caso in cui invece la disdetta sia comunicata a partire dal quinto giorno lavorativo precedente l'inizio del corso la sede amministrativa tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE DI FATTURA

Ragione sociale azienda / ditta / ente _____

Con sede a (città e provincia) _____ via _____ n. civico _____ cap _____

Tel. Fisso _____ mail @ (del referente per la fatturazione) _____

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

Codice Univoco per fatturazione elettronica _____

Quota d'iscrizione
<input type="checkbox"/> euro 350,00 + IVA per partecipante.

Modalità di pagamento

- Accredito bancario a favore di **CFA Studio Arcadia srl** – Banca di Credito Cooperativo di Castagneto
IBAN IT10L0846170720000010285054

Causale iscrizione "**TITOLO CORSO – NOME PARTECIPANTE**"

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi 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.

Il CFA si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico.

La sede del corso è: **Mazzano (BS) – Via Padana Superiore, 74 – Studio Arcadia srl.**

Luogo _____ e _____ data _____ Firma _____



Studio ARCADIA srl

Registered Office:

Via Bonifacio Lupi, 20 – 50129 Firenze (FI)

Headquarter:

Lungomare Marconi, 59/C – 57025 Piombino (LI)

Offices

Via Padana Superiore, 74 – 25080 Mazzano (BS)

Tel.: +39.0565.012031

Fax: +39.0565.012032

E-mail: info@studioarcadiasrl.it

Web: www.studioarcadiasrl.it

C.F./P.iva:01648240495

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