

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in **STAMPATELLO** e inviare via e-mail a info@phidia.it o al fax 0692912562
Parte da compilare a cura del **PARTECIPANTE**

Cognome* e nome* _____

Mansione _____ Settore ATECO di riferimento _____

Titolo di studio _____ nato a _____ provincia _____ n data* _____

codice fiscale* _____

Residente a (città e provincia) _____ via _____ n. CIVICO _____ cap _____

Cellulare _____ mail @ _____

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
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016

Prendo atto che Phidia (CFA, Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e di erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (SGQA *Informativa_corso_CFA disponibile anche 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, inoltre, 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 l'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi).

Luogo e data _____ Firma _____

A conoscenza del diritto dell'interessato di revocare il proprio consenso, senza indicare alcuna motivazione, con effetto dalla revoca in poi, io, quale interessato:

Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a ricevere, per e-mail ed sms, dal CFA tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro
Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a ricevere, per e-mail ed sms, dal CFA tempestive segnalazioni relativamente alla scadenza dei miei crediti formativi
Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività

Luogo e data _____ Firma _____

La preghiamo di comunicare la Sua revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a info@phidia.it

Parte da compilare a cura dell'azienda: 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)

Partita iva

Referente per la fatturazione (nome e cognome)

<input type="checkbox"/> QUOTA D'ISCRIZIONE	<input type="checkbox"/> € 130,00 + IVA
--	---

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

con Accredito bancario a favore **PHIDIA SRL** - IT 74 Q 01030 03271 000061324754

Causale iscrizione "**Pacchetto aggiornamento Datore di Lavoro RSPP - Rischio Medio - 10 ore - Modalità on line**"

[È obbligatorio Allegare la ricevuta di avvenuto pagamento]

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 che fa parte integrante del rapporto contrattuale. 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. Sul programma è anche indicato il numero massimo di giorni durante il quale è possibile fruire del corso. Tale periodo inizia a decorrere dal giorno in l'utente riceve le credenziali di accesso alla piattaforma E-learning**

Luogo e data _____ Firma _____