

PER LE PERSONE FISICHE

Cognome* e nome*	Mansione	Settore di riferimento	titolo di studio
()			
Nato a*	provincia	in data*	codice fiscale*
Residente a (città e provincia)	via	n. civico	cap
Cellulare	mail @	*dati obbligatori	

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

In caso Corsi RPF	INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO 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 per l'adempimento degli obblighi di legge e per il processo formativo di cui AiFOS è garante - trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo). Luogo e data _____ Firma partecipante _____
In caso di Corsi CFA	INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (Gruppo Ambiente Sicurezza, Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (disponibile 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 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). Luogo e data _____ Firma partecipante _____

PER LE AZIENDE

	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	INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 679/2016 - ESTRATTO 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.
--------------------------	---

Gruppo Ambiente Sicurezza S.r.l. Via del Porto Fluviale 35 - 00154 Roma Tel. 06.64763266 www.gruppoambientesicurezza.it info@gruppoambientesicurezza.it	P.I.: 11264521003
---	--------------------------

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	01	18/05/2022	1/2

SCHEDA D'ISCRIZIONE
Corso di Aggiornamento Primo Soccorso
Gruppo B-C
Corso RPF ☐ - Corso CFA ☒
Roma, 23 settembre 2022

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

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) in qualità di Datore di Lavoro 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** _____

ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE DI FATTURA

Ragione sociale azienda / ditta / ente _____

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

Tel. Fisso _____

Partita Iva _____ C.F. _____ Codice Univoco _____

E-mail @ (del referente per la fatturazione) _____ Referente per la fatturazione (nome e cognome) _____

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Quota d'iscrizione:	Quota riservata per le iscrizioni multiple: (minimo 3 partecipanti)
Aggiornamento Primo Soccorso – Gruppo B-C (12 ore) € 90,00 +iva	Per le iscrizioni multiple contattare direttamente il CFA

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

☐ con Accredito bancario a favore di **Gruppo Ambiente Sicurezza S.r.l.**, Banca d'Appoggio Intesa San Paolo IBAN: IT10B0306903213100000008804
Causale iscrizione **"TITOLO CORSO – NOME PARTECIPANTE"**

☐ Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura. Codice Univoco _____ CIG (se presente): _____
con Accredito bancario a favore di **Gruppo Ambiente Sicurezza S.r.l.**, Banca d'Appoggio Intesa San Paolo - **Conto Dedicato P.A.**
IBAN: IT48L03069032131000000047058

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi previsti dal programma del corso. **Per i corsi attrezzature, in aggiunta, la quota comprende: l'attestato di abilitazione, il libretto formativo, il patentino con foto identificativa.** 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

Luogo _____ e _____ data _____ Firma _____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli a emanuela.testa@gruppoambientesicurezza.it

Gruppo Ambiente Sicurezza S.r.l. Via del Porto Fluviale 35 - 00154 Roma Tel. 06.64763266 www.gruppoambientesicurezza.it info@gruppoambientesicurezza.it	P.I.: 11264521003
---	-------------------

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	01	18/05/2022	2/2