

DA INVIARE A:



Viale Federico Chabod 72 - 11100 Aosta
 Cell 3358227450
 Email: info@anticadutalineevita.com
 P.IVA 01191810074

MODULO ISCRIZIONE

SI PREGA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE E DI COMPILARE IN OGNI PARTE

DATI AZIENDA	
Ragione Sociale	
Indirizzo completo	
Nome referente	
Cellulare/tel.	
Codice univoco per fattura elettronica	
Indirizzo e-mail	
Partita IVA	
Codice Fiscale	
Descrizione attività (cod. ATECO se disponibile)	
DATI DI CHI SI VUOLE ISCRIVERE AL CORSO	
Nome	
Cognome	
Luogo e data di nascita	
Codice Fiscale	
Titolo di studio	
Conoscenza dell'italiano	<input type="checkbox"/> madre lingua <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> nulla (in caso di conoscenza scarsa / nulla si chiederà supporto da parte di persona interna o in rappresentanza della ditta che dia supporto al partecipante)
Indirizzo e-mail	
Corso funi	<input type="checkbox"/> Addetti <input type="checkbox"/> Preposti
Corso aggiornamento funi (allegare attestati precedenti)	<input type="checkbox"/> Agg. Addetti <input type="checkbox"/> Agg. Preposti
Corso DPI III categoria	<input type="checkbox"/> DPI III categoria
Corso alberi / Corso parchi avventura	<input type="checkbox"/> (specificare)
Richiesta di pernottamento	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
DATA DEL CORSO	

Si dichiara:

-di aver preso visione delle note informative allegate, del programma e delle date del corso e pertanto si chiede l'iscrizione al corso.
 -di accettare che l'eventuale disdetta di una iscrizione confermata deve essere formalmente inoltrata dal richiedente anche via fax entro 7 giorni precedenti la data dell'evento. In caso contrario l'organizzatore provvede all'emissione di regolare fattura.

Resta inteso che il partecipante al corso risulta idoneo alla mansione e che il corso è inerente la mansione da lui svolta.

L'attestato sarà rilasciato solo a seguito del superamento delle prove teoriche e pratiche. Potrà eventualmente essere rilasciato un certificato di acquisizione di capacità quando previsto.

Data _____

Firma _____

Dati per il bonifico da effettuare entro 7 giorni dalla data prevista per l'attivazione del corso:

S+ s.r.l. - Viale Federico Chabod 72 - 11100 Aosta
 Banca di credito cooperativo valdostana
 IBAN IT20M0858736440000020112573

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03

Autorizziamo S+ S.r.l. a inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione

Data _____

Firma _____