

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso "AGENTI D'AFFARI IN MEDIAZIONE"

**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 \_\_\_\_\_  
 Ente di provenienza \_\_\_\_\_  
 Sede \_\_\_\_\_  
 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 € \_\_\_\_900\_\_\_\_ acconto rilasciato pari a € \_\_\_\_500\_\_\_\_

 Il pagamento avviene tramite:  contanti;  assegno  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 \_\_18\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **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* \_\_\_\_\_