

SCHEDA DI ISCRIZIONE

 Corso RINNOVO- UTILIZZATORI PROFESSIONALI Op. 2019-18162/RER **Prog. 2 Ed.3**
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 _____/_____ E-mail _____
 Ragione sociale azienda _____
 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 € __85____

 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 __20__

Autocertificazione dei requisiti di accesso

Con la presente, il sottoscritto dichiara di possedere i requisiti richiesti per la partecipazione al corso in oggetto: possedere l'autorizzazione scaduta/in scadenza per l'acquisto e l'utilizzo dei prodotti fitosanitari.

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 _____