

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso **AGENTI D'AFFARI IN MEDIAZIONE** Operazione 2019-23466/RER

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Codice fiscale _____ Sesso M F

Residenza – Via _____

C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

Cittadinanza _____

Permesso di soggiorno N° _____ Scadenza _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

Ruolo professionale _____

Titolo di studio _____

specificare indirizzo del percorso di studi _____

Conseguito presso l'Istituto _____

Anno di conseguimento del titolo di studio _____

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

E' dipendente ? SI' NO

Se sì che contratto ha con l'azienda ?

Tempo indeterminato..... <input type="checkbox"/>	Tempo determinato <input type="checkbox"/>
Formazione lavoro..... <input type="checkbox"/>	Apprendistato <input type="checkbox"/>
Part-time max 20/h sett <input type="checkbox"/>	Stagionale..... <input type="checkbox"/>

Se non è dipendente è:

Imprenditore..... <input type="checkbox"/>	Socio..... <input type="checkbox"/>
Socio lavoratore <input type="checkbox"/>	Collaboratore familiare <input type="checkbox"/>
Libero professionista <input type="checkbox"/>	Lav.re autonomo (<i>coll. coordinata e continuativa</i>)... <input type="checkbox"/>

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 € 800; Acconto rilasciato pari a € 500 da versare entro 7 giorni prima dell'avvio del corso

Il pagamento avviene tramite: contanti; carta bonifico bancario IBAN IT 49 M 06230 23933 000063713286
 (Bonifico intestato a Iscom Formazione per le Imprese scarl. Come causale indicare "Corso mediatore COGNOME NOME")

Il saldo deve avvenire entro un mese dall'avvio del corso. Eventuale rimborso dell'acconto è previsto solo per coloro che comunicano 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__

Autocertificazione dei requisiti di accesso:

Con la presente, il sottoscritto dichiara di possedere i requisiti richiesti per la partecipazione al corso in oggetto:

- Maggiore età
- Diploma di scuola secondaria di secondo grado o diploma professionale di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) corrispondente al 4° livello EQF o titolo quinquennale del vecchio ordinamento degli istituti professionali.

- Gli stranieri devono dimostrare una buona conoscenza della lingua italiana orale e scritta, comunque non inferiore al livello B1

Per i Diplomi conseguiti all'estero occorre presentare:

- se conseguito in una Paese Extra UE una Dichiarazione di Valore del proprio titolo
- se conseguito in Paesi Membri della Unione Europea, nello Spazio Economico Europeo e nella Confederazione Svizzera una Traduzione Asseverata del proprio titolo

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 _____