

Datore di Lavoro con incarico diretto di R.S.P.P.

Settori Rischio Basso - Corso erogato in modalità blended

E-learning (propedeutico all'aula) dal _____ e IN AULA nella provincia di Forlì-Cesena
nelle seguenti

DATE e ORARI _____

	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	MANSIONE	SETTORE DI RIFERIMENTO (ATECO)	E-MAIL (formazione)
1								

In caso Corsi RPF	<p>INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 679/2016 - ESTRATTO</p> <p>Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (Cristiano Battelli) 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.</p>
--------------------------	---

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** _____
- Dichiaro di **ACCONSENTIRE** o **NON ACCONSENIRE** al trattamento facoltativo per finalità promozionali, formative e/o informative di carattere tecnico. **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 _____

SDI 7 CIFRE (dato obbligatorio) _____ mail amministrativa (dato obbligatorio) _____ Tel. Fisso _____

Partita Iva / C.F. _____ Referente per la fatturazione (nome e cognome) _____

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Quota d'iscrizione:	
<input type="checkbox"/> € 250,00 + IVA	

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

Il pagamento dovrà avvenire il primo giorno del corso tramite **bonifico bancario a favore di RELYON Srl Società Unipersonale IBAN: IT78W0623013226000056701458 CREDIT AGRICOLE CARIPARMA** Causale iscrizione **"Datore di Lavoro con incarico diretto di R.S.P.P." -**

PARTECIPANTE _____

Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura. Codice Univoco _____ CIG (se presente): _____

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, esecuzione prova pratica ove prevista, attestato e servizi vari come 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. Il R.P.F. si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. RELYON Srl Società Unipersonale provvederà comunque, almeno 2 giorni prima dell'inizio del corso, a confermarne l'effettiva realizzazione dell'attività formativa a mezzo mail ai recapiti indicati nella scheda di iscrizione. In caso di rinuncia, l'azienda si impegna ad informare RELYON Srl Società Unipersonale. Qual'ora il ritiro dall'attività formativa avvenga il giorno prima dell'avvio corso verrà fatturata l'intera quota di partecipazione. Il corso è a numero chiuso. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Per i corsi Attrezzature è previsto un massimo di 24 partecipanti.

Luogo e data _____ Firma _____

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a formazione@rely-on.it e amministrazione@rely-on.it

RELYON Srl Società Unipersonale Centro di Formazione AiFOS Via A. Dragoni, 35/A 47122 - Forlì (FC) - P.I./CF del CFA FC 03771420407 -
Tel. + 39 0543 405323- PEC relyon1@legalmail.it - info@rely-on.it - www.rely-on.it R.P.F. Cristiano Battelli

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