SCHEDA D'ISCRIZIONE

Corso per addetti al Primo soccorso BC

Corso CFA

03/11 dalle 8.30 alle 17.30 e 04/11 dalle 13.30 alle 17.30
c/o Aurea Professional, via Fremaut 6 - Villesse (GO)

PER LE PERSONE FISICHE

Cognome* e nome* | Mansione | Settore di riferimento | titolo di studio

Nato a* | provincia | in data* | codice fiscale*

Residente a (città e provincia) | via | n. civico | cap

Cellulare | mail @ | *dati obbligatori

Corsi CFA	**INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO** Prendo atto che il Centro di Formazione Aifos (Aurea Professional srl, Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad Aifos - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (*disponibile sul sito* di Aifos) di cui ho preso visione (in particolare per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti attestanti l'esecuzione del progetto formativo). Prendo atto delle finalità del Centro di Formazione 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).

Dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000:
- ❑ di essere in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso
- ❑ di aver preso visione delle informative privacy ai sensi del Reg. UE 679/2016

Luogo e data_____ Firma_____

NON OBBLIGATORIO

Aurea Professional srl, sulla base della propria informativa estesa di cui sei invitato a prenderne conoscenza, ti informa che, per finalità di marketing, sulla base di un tuo esplicito consenso (ai sensi dell'art. 6.1.a del Reg.679/2016), ti potrà inserire in una lista per informarti, su futuri servizi e iniziative di formazione. Devi sempre essere a conoscenza, quale interessato, che potrai invocare i tuoi diritti e revocare il consenso in qualsiasi momento senza indicare motivazione, comunicando la revoca a comunicazione@aureaprofessional.it

Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a ricevere, per e-mail e sms, dal CFA tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro
Acconsento ☐	Non Acconsento ☐	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

PER LE AZIENDE

	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	MANSIONE	SETTORE DI RIFERIMENTO	E-MAIL
1								
2								
3								
4								
5								

Corsi CFA	**INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO** Prendo atto che il Centro di Formazione Aifos (Aurea Professional srl, Titolare o Responsabile del Trattamento secondo le direttive del Datore di Lavoro) acquisisce i dati personali per le finalità di erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella banca dati di Aifos - Titolare Autonomo del trattamento per le finalità istituzionali citate nella 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 15 anni, dei documenti attestanti la corretta esecuzione del progetto formativo. Prendo atto delle finalità del Centro di Formazione 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). 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 il CFA 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.

Io sottoscritto (cognome e nome) _____in qualità di Datore di Lavoro o suo delegato 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
- ❑ Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative privacy ai sensi del Reg. UE 679/2016

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Corso per addetti al Primo soccorso BC

Corso CFA

03/11 dalle 8.30 alle 17.30 e 04/11 dalle 13.30 alle 17.30
c/o Aurea Professional, via Fremaut 6 - Villesse (GO)

Luogo e data_____ Firma_____

DIRITTO DI RECESSO
Il diritto di recesso si applica **esclusivamente al privato che effettua l'acquisto in qualità di consumatore** ex D.lgs 206/2005 e non a liberi professionisti con P.IVA, ad aziende e a singoli privati che si procurino beni o servizi utili a perfezionare competenze professionali già esistenti o ad acquisirne nuove.
Ai sensi dell'art. 59 c. 1, lettera a) del Codice del Consumo (Decreto Legislativo 6 settembre 2005 n.206) così come modificato dal D.Lgs. 21/02/2014, il diritto di recesso non può essere esercitato dopo la completa prestazione del servizio stesso. In questo caso, il consumatore, con la sottoscrizione del presente documento, accetta espressamente di perdere ogni diritto di recesso. Il diritto di recesso sarà quindi esercitabile dal consumatore solo ed esclusivamente nei 14 giorni successivi dall'acquisto del corso in aula, anteriormente all'inizio del corso, tramite apposito modulo (da richiedere alla mail …….).
Il rimborso totale della quota avverrà entro 14 giorni decorrenti dal momento in cui il CFA ha ricevuto il modulo di richiesta recesso.
In caso di disdetta a partire dal 15° giorno dalla data d'acquisto fino al sesto giorno antecedente l'inizio del corso la sede amministrativa tratterrà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata; nel caso in cui invece la disdetta sia comunicata a partire dal quinto giorno lavorativo precedente l'inizio del corso la sede amministrativa tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE DI FATTURA

_____
Ragione sociale azienda / ditta / ente

_____
Con sede a (città e provincia) via n. civico cap

_____
Tel. Fisso

_____
Partita Iva C.F. Codice Univoco

_____
E-mail @ (del referente per la fatturazione) Referente per la fatturazione (nome e cognome)

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Quota d'iscrizione:		Quota riservata per le iscrizioni multiple: (minimo 3 partecipanti)
□ Primo soccorso Gruppo BC (12 ore): **03/11** dalle 8.30 alle 17.30 **e 04/11** dalle 13.30 alle 17.30 in aula	€ 160,00 + IVA	10% di sconto dal terzo partecipante (incluso) sul costo totale

ATTENZIONE: si raccomanda, in vista dello svolgimento della parte pratica, di presentarsi con un abbigliamento comodo

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

☐ Accredito bancario a favore di **Aurea Professional srl – BANCA Unicredit IBAN: IT 77 M 0200864580000100720311**
Causale iscrizione "**TITOLO CORSO – NOME 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, attestato e servizi previsti dal programma del corso. *Per i corsi attrezzature, in aggiunta, la quota comprende: l'attestato di abilitazione e il patentino digitale 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. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso.** Il Aurea Professional srl si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico

Luogo e data_____ Firma_____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli a formazione@aureaprofessional.it o al fax 0481-969447

AUTODICHIARAZIONE

IDONEITA' LINGUISTICA

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Corso per addetti al Primo soccorso BC

Corso CFA

03/11 dalle 8.30 alle 17.30 e 04/11 dalle 13.30 alle 17.30
c/o Aurea Professional, via Fremaut 6 - Villesse (GO)

È indispensabile che gli allievi di nazionalità straniera iscritti ai corsi abbiano una buona conoscenza della lingua italiana sufficiente a seguire i corsi stessi e a sostenere gli esami finali (si richiede una conoscenza della lingua italiana non inferiore al livello A2 del Quadro Comune Europeo di Riferimento per le lingue).

Il sottoscritto _____, Datore di lavoro della ditta _____, dichiara che i lavoratori di nazionalità straniera iscritti possiedono i requisiti sopra indicati.

Data e Luogo _____ Firma _____