

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a tecnico3@arcaservice.eu
Parte da compilare a cura del PARTECIPANTE

| | | | |
|--------------------------------------------------|--------------|------------------------|------------------|
| 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 @ _____ | | |

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____

Parte da compilare a cura dell'azienda (ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE di RICEVUTA O FATTURA):

Ragione sociale azienda / ditta / ente _____

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

Tel. Fisso _____ mail @ (del referente per la fatturazione) _____

Partita iva _____ Referente per la fatturazione (nome e cognome) _____

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

€ 120,00 + iva a persona

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

con **Accredito bancario** (entro sette giorni dall'inizio del corso) a favore di ARCA SERVICE S.R.L.- Via Brescia, 37/A – 25014 Castenedolo (BS) CF/P.IVA: 02444800987
IBAN IT03L0869254270043000430544 **iscrizione** causale corso aggiornamento addetti conduzione di carrelli elevatori 22/02/2019.

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. 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 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. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, la sede amministrativa in calce tratterrà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.**

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 _____

PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI MULTIPLE

| CODICE | REVISIONE | DATA | PAGINA |
|---------|-----------|----------|--------|
| MOD17.1 | 01 | 15/05/18 | 1/5 |

NB. La tariffa scontata per le iscrizioni multiple è riservata ad un minimo di n. 3 partecipanti (appartenenti alla stessa azienda) iscritti al corso

Parte da compilare a cura dei PARTECIPANTI

2° Partecipante:

Cognome* e nome* _____ Mansione _____ Settore di riferimento _____ titolo di studio _____
Nato* a _____ (_____) _____ in data* _____ codice fiscale* _____
Residente a (città e provincia) _____ via _____ n. civico _____ cap _____
Cellulare _____ mail @ _____

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____

3° Partecipante:

Cognome* e nome* _____ Mansione _____ Settore di riferimento _____ titolo di studio _____
Nato* a _____ (_____) _____ in data* _____ codice fiscale* _____
Residente a (città e provincia) _____ via _____ n. civico _____ cap _____
Cellulare _____ mail @ _____

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____

| CODICE | REVISIONE | DATA | PAGINA |
|---------|-----------|----------|--------|
| MOD17.1 | 01 | 15/05/18 | 2/5 |

4° Partecipante:

| | | | |
|---------------------------------|------------------|------------------------|------------------|
| 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 @ | | |

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____

5° Partecipante:

| | | | |
|---------------------------------|------------------|------------------------|------------------|
| 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 @ | | |

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____

6° Partecipante:

| | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------|------------------------|------------------|
| 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 @ _____ | | |

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____

7° Partecipante:

| | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------|------------------------|------------------|
| 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 @ _____ | | |

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____

8° Partecipante:

| CODICE | REVISIONE | DATA | PAGINA |
|---------|-----------|----------|--------|
| MOD17.1 | 01 | 15/05/18 | 4/5 |

| | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------|------------------------|------------------|
| 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 @ _____ | | |

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____

9° Partecipante:

| | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------|------------------------|------------------|
| 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 @ _____ | | |

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

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_RPF disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma _____

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma _____