	Modulo d'iscrizione		N. MD-100-001						
			Rev. 0						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Preparato</td> <td style="width: 50%;">Approvato</td> <td style="width: 50%;">Pubblicazione</td> </tr> <tr> <td>Resp. Qualità</td> <td>Direzione</td> <td>11/01/2021</td> </tr> </table>		Preparato	Approvato	Pubblicazione	Resp. Qualità	Direzione	11/01/2021	Pag. 1 di 2
			Preparato	Approvato	Pubblicazione				
Resp. Qualità	Direzione	11/01/2021							

TITOLO CORSO	Aggiornamento Addetti PLE con e senza stabilizzatori	DATA	25/03/2022
--------------	--	------	------------

DATI AZIENDALI

DITTA				(OPPURE timbro aziendale)
SEDE	VIA _____ N° _____			
CODICE ATECO	CAP _____ CITTÀ _____			
COD. FISC. E PART. IVA	CODICE SDI			

REFERENTE AZIENDALE

NOME E COGNOME			
TELEFONO	MAIL		

DATI DEI PARTECIPANTI AL CORSO

NOME	COGNOME	MANSIONE	
MAIL	COD. FISCALE	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA _ / _ / _

NOME	COGNOME	MANSIONE	
MAIL	COD. FISCALE	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA _ / _ / _

NOME	COGNOME	MANSIONE	
MAIL	COD. FISCALE	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA _ / _ / _

QUOTA DI ISCRIZIONE

Costo a partecipante:		110,00 € + IVA
Destinatario del Bonifico ACADEMY S.r.l.	IBAN IT44E053361250000042317949	Causale: Aggiornamento Addetti PLE con e senza stabilizzatori

Le iscrizioni saranno tenute in considerazione in base all'ordine di arrivo e fino ad esaurimento dei posti disponibili.

L'organizzazione si riserva la possibilità di annullare il corso in caso di mancato raggiungimento del numero minimo dei partecipanti; in tal caso vi daremo comunicazione con un **preavviso di 5 giorni**.

(Fatturazione e pagamento al raggiungimento del numero minimo di partecipanti)

A seguito dell'attestazione di pagamento, ai partecipanti saranno forniti i certificati di formazione.

Ricordiamo che ai fini del completamento e della validità del corso di formazione è indispensabile che questo sia comprovato dall'attestato di partecipazione, come previsto dal D.Lgs. 81/2008 e secondo le specifiche Accordo tra il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21.12.2011 e del 22.02.2012.

Data: _____

Firma: _____

Inviare il modulo compilato e firmato all'indirizzo mail: nicole.benedet@academy.pn.it


NOTA INFORMATIVA

Spett.le Azienda,

ai sensi e per gli effetti del GDPR UE 679/2016, informiamo che i dati che ci avete trasmesso sono/saranno inseriti nel database aziendale di Academy S.r.l..

Per il trattamento degli stessi dati, sono state impartite, internamente alla nostra struttura, direttive atte a evitare impieghi non consentiti delle informazioni, come definito dallo stesso Regolamento. Le informazioni raccolte verranno archiviate e potranno essere gestite sia su carta che su supporti informatici. Lo scopo è l'organizzazione di corsi di Formazione erogati da Academy S.r.l.. I dati aziendali contenuti in questo documento non verranno comunicati né diffusi ad altre società. Il rilascio dei vostri dati personali è condizione indispensabile per poter erogare il servizio richiesto.

Titolare del trattamento dei dati è Academy S.r.l. Tel 0434. 523640 Fax 0434. 522311, e-mail: info@academy.pn.it

	Modulo d'iscrizione		N. MD-100-001
			Rev. 0
	Preparato		Pag. 2 di 2
			Approvato
Resp. Qualità		Direzione	11/01/2021

Spett.le Azienda,

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art.37 comma 1 del D. Lgs.81/08 va **obbligatoriamente** segnalata la presenza di lavoratori con cittadinanza straniera che **non abbiano conseguito un titolo di studio in Italia**, la cui partecipazione al corso dovrà essere subordinata al superamento di una prova di conoscenza e comprensione della lingua italiana;

Per lavoratori stranieri che abbiano conoscenze e comprensione della **lingua italiana almeno al livello A2 (QCER)** dovrà essere allegata al modulo di iscrizione copia del titolo di studio conseguito in Italia o autocertificazione del titolo posseduto.

Non verranno rilasciati certificati di formazione in mancanza della documentazione suddetta.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f. _____
 nato a _____ (____) il ____/____/____, residente a _____ (____)
 in via _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
 Conseguito presso la scuola _____
 nell'anno _____

Si allega la fotocopia di un valido documento di identità personale, che sostituisce l'autentica della firma, così come previsto dall'art.38 del D.P.R. 445/2000.

Data: _____

Firma per esteso del dichiarante: _____