	<b>Modulo d'iscrizione</b>		N. MD-100-001	
			Rev. 0	
	Preparato		Approvato	Publicazione
	Resp. Qualità		Direzione	11/01/2021

<b>TITOLO CORSO</b>	Aggiornamento Addetti Primo Soccorso (Gruppo A)	<b>DATA</b>	17/11/2021 10:30 - 17:30
---------------------	---	-------------	--------------------------

**DATI AZIENDALI**

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

**REFERENTE AZIENDALE**

<b>NOME E COGNOME</b>			
<b>TELEFONO</b>		<b>MAIL</b>	

**DATI DEI PARTECIPANTI AL CORSO**

<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>	<b>MANSIONE</b>	
<b>MAIL</b>	<b>COD. FISCALE</b>	<b>LUOGO DI NASCITA</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>
			__ / __ / __

<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>	<b>MANSIONE</b>	
<b>MAIL</b>	<b>COD. FISCALE</b>	<b>LUOGO DI NASCITA</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>
			__ / __ / __

<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>	<b>MANSIONE</b>	
<b>MAIL</b>	<b>COD. FISCALE</b>	<b>LUOGO DI NASCITA</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>
			__ / __ / __

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

<b>Costo a partecipante:</b>		<b>90,00 € + IVA</b>
Destinatario del Bonifico <b>ACADEMY S.r.l.</b>	IBAN <b>IT44E053361250000042317949</b>	Causale: <b>Aggiornamento Addetti Primo Soccorso (Gruppo A)</b>

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](mailto: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](mailto:info@academy.pn.it)

	Modulo d'iscrizione		N. MD-100-001
			Rev. 0
	Preparato		Pag. 2 di 2
	Resp. Qualità	Approvato	Pubblicazione
	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: \_\_\_\_\_