



[www.cseteam.it](http://www.cseteam.it)

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a [ingdelorenzis@libero.it](mailto:ingdelorenzis@libero.it) o al fax 0833579041

**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**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo AiFOS e CSE Team ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

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) _____ |                 |           |

|  | Quota d'iscrizione                     |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Corso formazione Rischio Basso – BAR, TURISMO E RISTORAZIONE - 4 ore</b> | <input type="checkbox"/> € 36,89 + IVA |

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

- Pagamento in contanti e/o assegno presso il centro

CSE Team

- \*Pagamento tramite bonifico bancario

\*inviare copia della ricevuta di bonifico in scansione con file pdf a [ingdelorenzis@libero.it](mailto:ingdelorenzis@libero.it) ed effettuare il bonifico dieci giorni lavorativi prima della data di inizio del corso

| Paese                     | Check Digit | CIN | Cod ABI | CAB   | N° Conto     |
|---------------------------|-------------|-----|---------|-------|--------------|
| IT                        | 60          | F   | 02008   | 79822 | 000102405129 |
| Coordinate bancarie       |             |     |         |       |              |
| Coordinate internazionali |             |     |         |       |              |

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, 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.** CSE Team 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, CSE Team 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 CSE Team tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

| CODICE | REVISIONE | DATA     | PAGINA |
|--------|-----------|----------|--------|
| MOD17  | 00        | 14/01/16 | 1/1    |