



[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 operatori che utilizzano DPI per le vie respiratorie - 8 ore</b>	<input type="checkbox"/> € 73,78 + 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