

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 @	*dati obbligatori	

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

Corsi RPF	INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 – ESTRATTO Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina, acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell'informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione (in particolare per l'adempimento degli obblighi di legge e per il processo formativo di cui AiFOS è garante - trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).
	Luogo e data _____ Firma partecipante _____

Corsi RPF	INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 679/2016 - ESTRATTO Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell'informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: AiFOS, quale garante del processo formativo, è responsabile dell'archiviazione e della conservazione per almeno 30 anni, dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare tutti previsti dal D.Lgs 81/08) attestanti la corretta esecuzione del progetto formativo. Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa e all'RPF che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e all'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'RPF saranno specificate in altra informativa. In qualità di Datore di Lavoro, titolare del trattamento dei dati personali dei propri dipendenti e collaboratori, anche nel caso in cui, con atto a parte, ho nominato la sede amministrativa o il RPF Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 Reg. 679/2016, autorizzo il trasferimento dei dati ad AiFOS quale titolare autonomo per finalità di garanzia del processo formativo, archiviazione e conservazione come sopra riportato.
	Luogo e data _____ Firma partecipante _____

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) 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 **Luogo e data** _____ **Firma** _____
- Di avere preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 **Luogo e data** _____ **Firma** _____

ESTREMI RELATIVI ALL'AZIENDA

Ragione sociale azienda / ditta / ente
Con sede a (città e provincia) via n. civico cap
Tel. Fisso
Partita Iva / C.F.

L'iscrizione comprende: la partecipazione al corso, eventuale materiale del corso, attestato e servizi 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 avvenuta ricezione della scheda d'iscrizione debitamente sottoscritta ove richiesto.** Il CFA si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico

Luogo e data _____ Firma _____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli a segreteria@satorambientesrl.it

SATOR AMBIENTE SRL Via Ufente 20 LATINA. segreteria@satorambientesrl.it www.satorambientesrl.it	P.IVA./CF 02255090595
---	-----------------------

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	00	04/10/2018	1/1