


Frosinone – 12.10.2018

**Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare a**  
[segreteria@satorambientesrl.it](mailto:segreteria@satorambientesrl.it)

  RSPP  
 ASPP  
effettuare una scelta

|  |                      |                        |                  |
|--|----------------------|------------------------|------------------|
| Cognome e nome                                 | Mansione             | Settore di riferimento | titolo di studio |
| Nato a _____ (____) _____<br>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**

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016**

Prendo atto che AiFOS per il tramite del Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.) e la sede amministrativa specificata in calce alla presente acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nella informativa estesa (SGQA\_Informativa\_corso\_RPF disponibile anche sul sito) di AiFOS di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di legge di cui AiFOS, quale garante del processo formativo, è garante (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

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

Prendo, inoltre, atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'R.P.F. che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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'R.P.F. saranno specificate in altra informativa.

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) _____ |                 |           |

L'iscrizione comprende: partecipazione al corso eventuale materiale didattico, esecuzione prova pratica, se prevista, 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. *La SATOR AMBIENTE 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. Il corso è a numero chiuso, massimo 30 partecipanti.**

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



| CODICE  | REVISIONE | DATA     | PAGINA |
|---------|-----------|----------|--------|
| MOD17.1 | 01        | 15/05/18 | 1/1    |