

DA INVIARE, ENTRO IL 9/10/2017, TRAMITE FAX 055/291715 OPPURE ISCRIZIONE ON-LINE DAL SITO www.tiforma.it
(INVIARE IN ALLEGATO COPIA DEL BONIFICO EFFETTUATO/IMPEGNO DI SPESA)

Lunedì 16 ottobre 2017, orario 09.00 - 13.00 / 14.00 - 18.00 Firenze - sede Ti Forma

AZIENDA/ENTE: _____

INDIRIZZO SEDE LEGALE: _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____

P. IVA _____ C.F. _____

GENERALITÀ DEI PARTECIPANTI:

NOME	COGNOME	POSIZIONE PROFESS.	NUMERO TEL DIRETTO	E-MAIL PERSONALE

QUOTE DI ISCRIZIONE PER AZIENDE/ENTI ASSOCIATI A CONFSERVIZI CISEL TOSCANA/TI FORMA

€ 350,00 + IVA (se dovuta) a persona

€ 315,00 + IVA (se dovuta) a persona per due o più partecipanti della stessa Azienda/Ente

QUOTE DI ISCRIZIONE PER AZIENDE/ENTI NON ASSOCIATI A CONFSERVIZI CISEL TOSCANA/TI FORMA

€ 400,00 + IVA (se dovuta) a persona

€ 360,00 + IVA (se dovuta) a persona per due o più partecipanti della stessa Azienda/Ente

BARRARE SE ESENTE IVA EX ART. 10 COMMA 20 DPR 633/72 BARRARE SE SOGGETTO A SPLIT PAYMENT

BARRARE SE SOGGETTO A FATTURAZIONE ELETTRONICA – INDICARE CODICE UNIVOCO (OBBLIGATORIO) _____

Nel caso sia necessario riportare nella fattura indicazioni particolari siete pregati di indicare nello spazio sottostante i riferimenti da inserire (CIG, CUP, numero delibera, impegno di spesa etc...)

La quota di iscrizione comprende: documentazione, coffee break del mattino, light lunch*.



*Segnalare alla Segreteria Organizzativa, almeno due giorni prima dello svolgimento dell'iniziativa, eventuali intolleranze/allergie alimentari!

BARRARE MODALITÀ DI PAGAMENTO SCELTA:

BONIFICO BANCARIO ANTICIPATO
(prima del corso)

ASSEGNO BANCARIO

CONTANTI

PRIVACY

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 si informa che i suoi dati personali saranno trattati esclusivamente ai fini contabili, amministrativi e per attività commerciali inerenti ai servizi forniti da Ti Forma Srl. Per quest'ultimo uso è richiesto un consenso al trattamento. Informazioni dettagliate sono riportate nell'informativa completa presente sul sito www.tiforma.it.

Per l'invio di comunicazioni inerenti ai prossimi seminari e corsi in programmazione, per conto dell'Ente

presto il consenso al trattamento dei dati non presto il consenso al trattamento dei dati

La sottoscrizione del presente modulo da parte del cliente vale come accettazione di quanto riportato nel paragrafo "modalità di adesione e condizioni di pagamento"

Timbro dell'Azienda e firma del Responsabile _____

DICHIARAZIONE PER RSPP / ASPP

DA COMPILARE E INVIARE TRAMITE FAX INSIEME ALLA SCHEDA DI ISCRIZIONE, PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO VALEVOLE PER LE ORE DI AGGIORNAMENTO QUINQUENNALI OBBLIGATORIE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

Sotto la sua personale responsabilità e ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara:

- di aver frequentato i corsi per RSPP moduli A - B (o di esserne stato/a esonerato/a *) - C e aver superato i test di valutazione finale oppure
- di aver frequentato i corsi per ASPP moduli A - B o esserne stato/a esonerato/a * e aver superato i test di valutazione finale.

Firma

* in quanto in possesso di adeguato titolo di studio e/o di adeguata esperienza lavorativa – come previsto dalla vigente normativa.