

**CORSO di FORMAZIONE per DATORI DI LAVORO
con funzione di prevenzione e protezione – DL SPP”**

Art 34 del D.lgs 81/08 – Recepimento Accordo Stato Regioni del 21/12/2011

Valido per Rischio BASSO 16 ore

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome	Cognome	Data di nascita	Comune di nascita	Prov.
Codice Fiscale		Sesso <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Cittadinanza	
Ente o Azienda di appartenenza:			Codice settore ateco (campo obbligatorio):	
N. Telefono:	N. Fax:	N. Cellulare:		
E-mail:				

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Date
COME DA PROGRAMMA ALLEGATO
Sede del corso:
Change srl – Via O.Respighi 83 – 41122 Modena
Valutazione e Certificazione:
Il corso prevede una verifica di apprendimento delle conoscenze acquisite. L'esito positivo della prova e la frequenza di almeno il 90% del monte ore consente il rilascio dell' attestato di frequenza con verifica dell'apprendimento, valido su tutto il territorio nazionale.

ASPETTI FINANZIARI E CLAUSOLE CONTRATTUALI

Quota di iscrizione:	Modalità di pagamento:
quota 300.00 € + IVA (22%)	Bonifico bancario c/o Banca Popolare Emilia Romagna – Ag. 17 IBAN IT49G0538712920000001416258 Causale: Nome e Cognome/Corso DL- SPP 16 ore La partecipazione al corso è subordinata al pagamento anticipato della quota prevista.

Rinunce:

1. In caso di rinuncia, comunicata per iscritto nei 5 giorni lavorativi precedenti alla data di inizio dell'edizione scelta, Change fatturerà l'intera quota di partecipazione 2. Qualora la rinuncia avvenga prima di tale scadenza, ma entro 10 giorni lavorativi dalla data di inizio, Change fatturerà il 50% della quota di partecipazione 3. Nulla sarà dovuto in caso di rinuncia comunicata prima dei 10 giorni lavorativi antecedente il corso. Nel caso in cui non venisse raggiunto il numero minimo di partecipanti (20 iscritti) l'azienda si riserva di destinare ad altre date il corso prescelto previa comunicazione.

La fattura deve essere intestata e inviata a:

Ragione sociale:		Forma giuridica:		
Indirizzo sede legale (per intestazione)		cap	Città	Prov.
Numero Partita IVA		Numero Codice Fiscale		
Indirizzo sede (per invio)		cap	Città	Prov.

Altri DATI DEL PARTECIPANTE

Indirizzo Residenza	cap	Città	Prov.
Indirizzo domicilio se diverso dalla residenza	cap	Città	Prov.
Indicare il titolo di studio posseduto:			
<input type="radio"/>	1 - Qualifica professionale (di I livello, Corsi Reg.)		
<input type="radio"/>	2 - Qualifica acquisita tramite apprendistato		
<input type="radio"/>	3 - Diploma di maturità e diploma di scuola superiore		
<input type="radio"/>	4 - Qualifica professionale post-diploma		
<input type="radio"/>	5 - Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)		
<input type="radio"/>	6 - Dipl. Univ. O Laurea di Base (Laurea Triennale)		
<input type="radio"/>	7 - Master post- laurea di base (Laurea Triennale)		
<input type="radio"/>	8 - Laurea (Laurea di durata superiore ai 3 anni)		
<input type="radio"/>	9- Diploma post-laurea (dottorato ,master, specializzazione)		
Indicare l'attuale condizione professionale:			
<input type="radio"/>	In cerca di prima occupazione		
<input type="radio"/>	In cerca di nuova occupazione		
<input type="radio"/>	Occupato alle dipendenze (compresi tirocinanti retribuiti)		
<input type="radio"/>	Occupato con contratti a causa mista (CFL/Apprendistato/Contr ins)		
<input type="radio"/>	Lavoratore autonomo (Libero prof/ Lav propr/socio coo/Coa Fam)		
<input type="radio"/>	Collaborazione coordinata continuativa		
<input type="radio"/>	Imprenditore		
<input type="radio"/>	Studente		
<input type="radio"/>	Altro (Leva/Casal/Inab/Ritira/tiroc. non retr.)		
Ruolo/funzione professionale/ tipologia contrattuale(contratto a tempo determinato, indeterminato etc..)			

Informativa al trattamento dati ai sensi del D. Lgs. N. 196 del 30/6/2003.

La informiamo che i nominativi, gli indirizzi e gli altri dati raccolti ai fini della pre-iscrizione e/o iscrizione alla proposta formativa, saranno trattati anche con strumenti informatici. Essi saranno utilizzati a soli fini amministrativi interni e per le sole finalità connesse all'iniziativa formativa e/o per comunicazioni riguardanti future iniziative della società. L'interessato potrà rivolgersi in qualsiasi momento a Change S.r.l. via O.Respighi 83 41122 Modena per verificarli o farli integrare, aggiornare o rettificare, e/o per esercitare gli altri diritti previsti dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Per lo svolgimento del corso per DL-SPP in oggetto io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere in possesso dei requisiti minimi necessari (così come indicato dal D. Lgs. 81/08 art. 34).

Data _____ Timbro e Firma per Accettazione _____