|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo corso:**  ***Corso per Esperti Tecnici, Auditor / Lead Auditor, Componenti Organismi di Vigilanza (OdV) ai sensi del D.Lgs. 231/01.*** | |
| **Data corso:** ***22 – 23 – 24 maggio 2019*** | **Quota iscrizione:** ***900,00 + IVA*** |

**DATI PERSONALI DEL PARTECIPANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome: | | Nome: | |
| Codice Fiscale: | | | |
| Data di nascita: | | Luogo di nascita: | |
| Residente in via: | N.: | Città: | Cap: |
| Titolo di studio: | | Mansione: | |
| Tel.: | | E-mail: | |

Si dichiara inoltre che l’allievo ha una sufficiente conoscenza della lingua italiana scritta e parlata ed è in possesso dei requisiti previsti per il presente corso (vedere offerta formativa).

\*Firma del partecipante ……………………………………………….

**Informativa ex articolo 13 Reg UE 2016/679**. ASSO.FORMA tratta i dati personali secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza. La base giuridica del trattamento consiste nel servizio di erogazione del servizio formativo. I dati non saranno oggetto di comunicazione a terzi soggetti. Il titolare del trattamento è ASSO.FORMA, con sede in via G. Borello 1/A – 14100 – Asti. In ogni momento l’utente potrò esercitare i diritti di cui agli artt. 12 – 23 del Reg. UE 2016/679.

\*Firma del partecipante ……………………………………………….

**DATI PER LA FATTURAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ragione Sociale: | | | |
| Via: | Cap | Città: | Prov.: |
| Partita IVA: | | Codice Fiscale: | |
| Cod. destinatario/PEC: | | Codice Ateco: | |
| Attività dell’Azienda (come da Visura Camerale): | | | |
| E-mail Resp. Amministrativo: | | | |
| Tel.: | | Fax: | |

**NORME ED ISCRIZIONI**

L’Associazione si riserva la facoltà, nel caso non pervenga un numero minimo di iscrizioni, di cancellare o rinviare l’effettuazione del corso. Eventuali rinunce degli iscritti ai corsi possono essere prese in considerazione soltanto se segnalate alla Segreteria, via fax, almeno 10 giorni prima dell’inizio dei corsi stessi. In caso contrario, verrà fatturata ugualmente la quota di partecipazione e sarà mantenuto il diritto del’iscritto di partecipare all’edizione successiva del corso stesso. L’Attestato potrà essere ritirato presso la sede della scrivente.

**MODALITA’ DI PAGAMENTO**

Il pagamento, da effettuarsi entro la data di inizio del corso e comunque entro e non oltre la prima lezione, potrà avvenire:

**1 -** **Mediante bonifico bancario**, da effettuarsi presso **BANCA D’ALBA** – Filiale di Asti – Corso Alessandria 340.

**IBAN: IT61W0853010305000600100385 - BIC: ICRAITRREQ0** (Specificare nella causale il titolo del corso)

**2 –** **Mediante assegno bancario intestato ad “Associazione ASSO.FORMA”**.

L’importo della quota d’iscrizione è sempre da intendersi IVA esclusa.

***Con la firma della presente scheda di iscrizione si intendono accettate le condizioni generali riportate nella specifica offerta formativa allegata (mod. 16.02).***

**\*campi obbligatori (la mancata compilazione comporterà l’annullamento dell’iscrizione)**

Data …………………………………. \***Timbro e firma del Legale Rappresentante**

…………………………………….…………………………