

## SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_

Sede: via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ codice Ateco: \_\_\_\_\_

REFERENTE: \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELL. (se si desiderasse ricevere un avviso il giorno prima del corso) \_\_\_\_\_

**FATTURA ELETTRONICA:** Codice Univoco \_\_\_\_\_ o PEC \_\_\_\_\_

chiedo di iscrivere al corso di:

### AGGIORNAMENTO ADDETTO ATTIVITA' ALIMENTARI – HACCP (4 ORE)

DATE: 22/07/2021 con orario 14:00 – 18:00

SEDE: Centro Formazione Prato Imprese srl - via da Filicaia 57 Prato oppure videoconferenza

#### Il seguente lavoratore:

(Nome)	(Cognome)
(Data di nascita)	(Luogo di nascita)
(Mansione)	(E-MAIL del lavoratore)

**Metodologia di fruizione del corso:** (segnare una delle opzioni per la parte teorica) Causa Covid, il corso potrebbe essere svolto unicamente in modalità FAD Sincrona (videoconferenza)

Aula in presenza

FAD Sincrona videoconferenza (indicare la mail su cui attivare l'account: \_\_\_\_\_)

**Costo del corso:** (segnare una delle opzioni)

Costo del corso: 65,00 euro + iva a partecipante

**Solo se il corso viene svolto da un dipendente, compilare anche la parte sottostante:**

L'azienda è iscritta a Fondoprofessioni?  SI  NO

Se sì, vuole utilizzare il voucher di Fondoprofessioni per il rimborso dell'80% del costo imponibile?  SI  NO

PER LE AZIENDE ISCRITTE A FONDOPROFESSIONI:

Si ricorda che per poter accedere al voucher di Fondoprofessioni è necessario inviare la richiesta di iscrizione almeno 10 giorni prima dalla data di inizio del corso, insieme alla scheda anagrafica dell'allievo (allegata) e alla copia del documento di identità del dipendente che parteciperà al corso. Le richieste di iscrizione pervenute nei 9 giorni precedenti l'inizio del corso, non potranno richiedere il voucher di Fondoprofessioni.

**Modalità di iscrizione:** Inviare il modulo compilato e firmato, insieme all'attestazione del pagamento, all'indirizzo email [e.chille@cfpratoimprese.it](mailto:e.chille@cfpratoimprese.it)

**Disdette e Penali:** Eventuale disdetta deve essere comunicata all'indirizzo email [info@cfpratoimprese.it](mailto:info@cfpratoimprese.it) almeno 7 giorni prima dell'inizio del corso. In caso di rinunce successive a tale termine, verrà addebitata una penale pari al 50% del totale del contratto.

**Tutela dei dati personali:** Nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679, i dati richiesti sono necessari al fine di poter effettuare le attività legate alla formazione. In modo particolare: compilazione registri, attestati, test di valutazione, generazione scadenziario. Base giuridica del trattamento è la legge e le normative vigenti in materia di formazione. I dati saranno trattati solo per le finalità indicate.

Con la firma del presente modulo si dichiara di accettare i termini e le condizioni stabilite nel presente modulo di iscrizione, in particolare i punti Modalità di pagamento, Disdette e Penali, Tutela dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'azienda \_\_\_\_\_

### SCHEDA RILEVAZIONE DATI ALLIEVI FONDOPROFESSIONI

NOME	
COGNOME	
SESSO	
CODICE FISCALE	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
TIPO DOCUMENTO	
NUMERO DOCUMENTO	
SCADENZA DOCUMENTO	
CITTADINANZA	
TITOLO DI STUDIO	
TIPOLOGIA CONTRATTUALE	<input type="checkbox"/> INDETERMINATO <input type="checkbox"/> DETERMINATO <input type="checkbox"/> APPRENDISTATO <input type="checkbox"/> INSERIMENTO LAVORATIVO <input type="checkbox"/> INTERMITTENTE A TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> INTERMITTENTE A TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> RIPARTITO <input type="checkbox"/> A PROGETTO <input type="checkbox"/> OCCASIONALE <input type="checkbox"/> ACCESSORIO <input type="checkbox"/> IN AGRICOLTURA A TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> IN AGRICOLTURA A TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> RELIGIOSO <input type="checkbox"/> PART TIME A TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/> PART TIME A TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/> CIG/CIGS <input type="checkbox"/> MOBILITA' <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> COADIUVANTE FAMILIARE <input type="checkbox"/> IMPRENDITORE
CCNL APPLICATO	
INQUADRAMENTO	
ANNO ASSUNZIONE	
RESIDENZA (SE DIVERSA DA QUELLA SUL DOCUMENTO)	

Firma dipendente:

Allegare CI dipendente e Legale Rappresentante