

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a [info@aqas.it](mailto:info@aqas.it) o al fax 0362.331658

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)

#### QUOTE D'ISCRIZIONE

Corso formazione addetti aziende gruppo A (16 ore)		Quota di iscrizione	N. Iscritti	Totale + Iva
16/04/2018	09:00-13:00 14:00-18:00			
17/04/2018	09:00-13:00 14:00-18:00			
Corso formazione addetti aziende gruppo B/C (12 ore)		Quota di iscrizione	N. Iscritti	Totale + Iva
16/04/2018	09:00-13:00 14:00-18:00			
17/04/2018	09:00-13:00			
Aggiornamento addetti aziende gruppo A (6 ore)		Quota di iscrizione	N. Iscritti	Totale + Iva
17/04/2018	09:00-13:00 14:00-16:00			
Aggiornamento addetti aziende gruppo B/C (4ore)		Quota di iscrizione	N. Iscritti	Totale + Iva
17/04/2018	09:00-13:00			

**Modalità di pagamento:** indicare con una X la forma di pagamento scelta

con Accredito bancario a favore di AQAS SRL e Banca d'appoggio UNIPOL BANCA – DESIO

**IBAN: IT32L0312733100000000000753**

Causale iscrizione "**TITOLO CORSO – PARTECIPANTE XXXXXX**"

Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura. Codice Univoco \_\_\_\_\_ CIG (se presente): \_\_\_\_\_

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, 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. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso.** AQAS SRL si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, AQAS SRL tratterrà e fatturerà il 50 % della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi AiFOS tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

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

**Parte da compilare a cura dei PARTECIPANTI**

1° Partecipante: corso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Professione Mansione \_\_\_\_\_ Settore di riferimento \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ 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**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo AiFOS ed AQAS SRL ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

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

2° Partecipante: corso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Professione Mansione \_\_\_\_\_ Settore di riferimento \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo AiFOS ed AQAS SRL ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

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

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	2/3

3° Partecipante: corso \_\_\_\_\_

Cognome e nome	Professione Mansione	Settore di riferimento	titolo di studio
_____			
Nato a _____ (____) _____	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**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo AiFOS ed AQAS SRL ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

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

4° Partecipante: corso \_\_\_\_\_

Cognome e nome	Professione Mansione	Settore di riferimento	titolo di studio
_____			
Nato a _____ (____) _____	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**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo AiFOS ed AQAS SRL ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

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

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	3/3