

SCHEMA DI ISCRIZIONE

“Il sistema pubblico e aziendale della prevenzione nel D.Lgs. 81/08, alla luce delle novità introdotte dal D.L 146/21 convertito, con modifiche, dalla L. 215/21”

CORSO IN VIDEOCONFERENZA SINCRONA: giovedì 24 febbraio 2022

I campi contrassegnati con “*” sono obbligatori

Il sottoscritt_ (nome e cognome)* _____ nat_ a _____,
il * _____, codice fiscale * _____, iscritt_ _____
all’Ordine/al Collegio (se già effettuata l’iscrizione)* _____
della provincia di * _____, al n. * _____, tel. _____ cell. _____
fax _____ e-mail * _____@_____.

CHIEDE

l’iscrizione al corso, versando una cifra pari ad € **63,44 IVA inclusa** (€ 52,00 più IVA).

Il sottoscritt_ dichiara di essere a conoscenza che il versamento¹ è condizione necessaria per la conferma della prenotazione e che solo chi ritira l’iscrizione entro le ore 24:00 del decimo giorno antecedente l’evento potrà ricevere la restituzione dell’intera quota. Oltre tale data, ma entro le ore 24:00 del quinto giorno antecedente l’evento, chi ritira l’iscrizione potrà ricevere la restituzione del 50% della quota versata; il restante sarà trasferito, senza incremento, nel **PORTAFOGLIO CLIENTE**². Oltre tale seconda scadenza l’intera quota sarà versata, senza incremento, nel **PORTAFOGLIO CLIENTE**². In caso di mancata comunicazione entro tre ore dall’inizio dell’incontro, dell’impossibilità di partecipare all’evento, nessuna somma sarà restituita, cioè l’intera quota verrà tolta anche dal **PORTAFOGLIO CLIENTE**².

La comunicazione di rinuncia all’evento deve avvenire in forma scritta.

*In caso di traslazione dell’evento, o annullamento dello stesso, l’iscritto potrà richiedere l’intera quota versata o il suo trasferimento nel **PORTAFOGLIO CLIENTE**², con un potenziamento della stessa del 5%. La richiesta deve avvenire entro dieci giorni dalla comunicazione della variazione; trascorso tale termine, la quota versata, sarà trasferita, automaticamente, nel **PORTAFOGLIO CLIENTE**², opportunamente potenziata.*

In relazione ai dati personali forniti, il sottoscritt_:

- dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali n. 010.01;
- esprime il consenso al trattamento dei dati rilasciati:
- per la gestione di questo corso (Trattamento T.2212);
 - per la gestione di eventuali iniziative future alle quali si iscriverà o per le quali manifesterà il proprio interesse;
 - per essere informato su iniziative future che potrebbero essere di suo interesse e organizzate o promosse dall’Agenzia Formativa (altri corsi, aggiornamenti obbligatori dei corsi frequentati, opportunità di sconti e promozioni relative a corsi, ecc.).

Data _____

Firma _____

¹ Il pagamento della quota di iscrizione, intestato all’**AGENZIA FORMATIVA SOCIP S.r.l.**, può essere effettuato tramite:

- bollettino postale su conto corrente n. 1025972926 - Causale: **2212.PS55.22**;
- bonifico su conto corrente postale, codice IBAN: IT 30 U 07601 14000 001025972926 - Causale: **2212.PS55.22**;
- bonifico su conto corrente bancario, codice IBAN: IT 74 J 05034 14060 000000001440 - Causale: **2212.PS55.22**;
- direttamente presso la sede dell’**AGENZIA FORMATIVA SOCIP S.r.l.**
- utilizzando il “**PORTAFOGLIO CLIENTE**”, in tal caso contattare l’Agenzia Formativa.

² **PORTAFOGLIO CLIENTE**: le quote trasferite nel portafoglio possono essere utilizzate dal Cliente per qualunque attività dell’Agenzia Formativa SOCIP o prelevate secondo le modalità previste dal Regolamento.

Le somme dovute dovranno essere corrisposte per intero; non saranno accettati pagamenti con addebito di commissioni bancarie o eventuali oneri diversi (ad esempio dovuti a disposizioni di pagamento con clausola di “urgenza”).

1 sottoscritt_:

- allega l’attestazione del pagamento della quota di iscrizione;
- conferma i dati per la fatturazione già forniti in precedenza;

oppure

- riporta i dati per la fatturazione.

I campi contrassegnati con “*” sono obbligatori

Estremi relativi alla fatturazione

(Indicare una delle seguenti condizioni *)

- LIBERO PROFESSIONISTA
- PRIVATO
- AZIENDA PRIVATA
- ENTE PUBBLICO che beneficia dell’esonazione IVA ai sensi dell’articolo 14, comma 10, Legge n. 537/1993

Ragione sociale* _____ via/piazza* _____

n.* _____ CAP* _____ comune* _____ prov.* _____

codice fiscale* _____ partita IVA (no per privato)* _____ tel. _____

cell. _____ fax _____ e-mail*: _____ @ _____

indirizzo pec _____

Codice destinatario _____

Codice univoco _____

I dati di fatturazione saranno trattati per i soli fini amministrativi, utilizzando eventualmente anche Responsabili del trattamento esterni, appositamente incaricati, il cui elenco è disponibile presso la sede dell’Agenzia Formativa.

