

| | |
|-----------------------------|----------------------------|
| TITOLO CORSO SCELTO* | |
| Data di avvio* | |
| Sede del corso | Cesena, Via Ravennate, 959 |

DATI AZIENDA

| | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ragione sociale azienda* | N. dipendenti | | |
| Sede operativa* | | | |
| Sede legale* | | | |
| Partita IVA* | | | |
| Attività | Macrosettore di attività (ATECO) | | |
| Telefono* | Fax | | |
| E-mail azienda | Export/Import | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Nominativo Referente Formazione* | e-mail* | | |
| Nominativo RSPP Aziendale | e-mail | | |

Per invio fattura
e-mail*:

| | | | | |
|-----------------------------|------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| QUOTA DI ADESIONE* € | + iva 22% | Azienda Associata Unindustria FC o Confindustria RN* | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|

PARTECIPANTE 1*

| | |
|------------------|--------|
| Nome e cognome | E-mail |
| Luogo di nascita | Ruolo |
| Data di nascita | |

PARTECIPANTE 2*

| | |
|------------------|--------|
| Nome e cognome | E-mail |
| Luogo di nascita | Ruolo |
| Data di nascita | |

***Campi obbligatori**

La presente iscrizione ha valore di impegno alla partecipazione ai corsi, a fronte della quale verrà emessa regolare fattura. Assoform Romagna scarl sede di Cesena, si impegna a comunicare entro 5 gg lavorativi eventuali variazioni di calendario o rinvii. In caso di rinuncia o impossibilità a partecipare, l'azienda o il partecipante si impegnano a informare Assoform Romagna scarl sede di Cesena entro i 5 giorni antecedenti la data di inizio del corso. Se tali termini non verranno rispettati:

- fino a 3 giorni prima dell'inizio del corso sarà fatturato il 50% della quota di iscrizione al corso
- nei 2 giorni precedenti l'inizio del corso sarà fatturato l'intero ammontare della quota

MODALITA' DI PAGAMENTO: Bonifico bancario entro l'avvio del corso. Intestatario: ASSOFORM ROMAGNA IBAN IT 40 Y 08995 24212 009090010608 BANCA D'APPOGGIO RIMINIBANCA – CREDITO COOPERATIVO

Timbro e firma dell'azienda

Luogo e Data _____

Per iscriversi occorre compilare il presente modulo e inviarlo via mail o fax

Sede di Cesena: tel. 0547 632358 fax 0547 632307 – email referenti: ctrizio@assoformromagna.it e alinza@assoformromagna.it;

TUTELA DEI DATI PERSONALI - Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016

"Codice in materia di trattamento dei dati personali" è consultabile sul sito Internet <http://www.assoformromagna.it>