SCHEDA DI ISCRIZIONE

**Corso di Formazione**

**“L’INSERIMENTO LAVORATIVO DELLE PERSONE DISABILI. ASPETTI**

**NORMATIVI E SOCIO-RELAZIONALI”- 4 ore**

# Il corso si terrà a Genova in Via I. Frugoni 15/5

# 06 Luglio 2017 h. 09.00 – 13.00

**COMPILARE IN STAMPATELLO e inviare entro il 29 Giugno 2017**

**via fax al n. 010 / 09.80.791 o via e-mail a:** [**info@webprima.it**](mailto:info@webprima.it)

**DATI PARTECIPANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\* Nome** |  | | |
| **\* Cognome** |  | | |
| **\* Luogo e data di nascita** |  | | |
| **C.F.** |  | | |
| **\* Titolo di studio** |  | | |
| **\* Recapito Telefonico**  **(Telefono cellulare per eventuali comunicazioni urgenti)** |  | | |
| **\* Email** |  | | |
| **\* Profilo Professionale (saldatore, impiegato, operaio qualificato ecc.)** |  | | |
| **\* Indicare la figura rappresentata** | * Datore di Lavoro | * ASPP / RSPP | * Dirigente |
| * RLS | * Preposto | * Lavoratore |

**\* CAMPI OBBLIGATORI** per rilascio attestati (come da normativa), fatturazione e comunicazioni

**DATI FATTURAZIONE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\* Ragione Sociale / Libero Professionista** |  | | | | | | |
| **\* P.IVA** |  | | | | | | |
| **\* C.F. (se diverso da P.IVA)** |  | | | | | | |
| **\* Indirizzo Sede Legale** |  | | | | | | |
| **N** |  | | **CAP** | |  | |
| **\* Comune e Provincia** |  | | | | | | |
| **\* Telefono fisso / FAX** |  | | | |  | | |
| **\* Referente aziendale** |  | | | | | | |
| **\* Email referente** |  | | | | | | |
| **\* Settore Aziendale** |  | | | | | | |
| **\* Classe di Rischio Aziendale** | * BASSO | | * MEDIO | | | | * ALTO |

IL PARTECIPANTE AL CORSO dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità organizzative e:

* + - **CHIEDE di essere iscritto al corso di formazione per “l’inserimento lavorativo delle persone disabili. Aspetti normativi e socio relazionali” (4 ore)**

luogo e data firma del partecipante

* + - **AUTORIZZA PRIMA Training & Consulting 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  
      (consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs n. 196 del 30/06/03).**

luogo e data firma del partecipante

**MODALITÀ DI PAGAMENTO*:*** entro 5 giorni l’iniziodel corso tramite assegno N.T. intestato a

PRIMA Training & Consulting srl o bonifico da accreditarsi a: PRIMA Training & Consulting srl

IBAN: IT 57 P 05034014280000 00000368