

	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*
1					
2					
3					
4					
5					

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 BAAP S.r.l. 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 partecipante _____

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) in qualità di Datore di Lavoro dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 Luogo e data _____ Firma _____

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) _____ mail pec _____

 Partita Iva / C.F. _____ Codice UNIVOCO _____ Referente per la fatturazione (nome e cognome) _____

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X):

Quota d'iscrizione:
<input type="checkbox"/> € 80,00 + IVA

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

Accredito bancario entro i 5 giorni antecedenti alla data di inizio del corso a favore di **BAAP s.r.l. - CREDEM - CREDITO EMILIANO SPA/ag. Padova n. 2 - IBAN: IT 10 B 03032 12100 010000446285** - Causale iscrizione "**CORSO CANCEROGENI- NOME PARTECIPANTE**"

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

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.** Il BAAP 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.

Luogo e data _____ Firma _____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli a corsi@baap.it o al fax 049 633959

INVIA I TUOI QUESITI E/O CRITICITA' ALMENO UNA SETTIMANA PRIMA DELLA GIORNATA PREVISTA PER POTER AVERE CHIARIMENTI E INDICAZIONI DA PARTE DEGLI ESPERTI

BAAP S.r.l. - Via G. Galilei, 2/I 35030 - Caselle di Selvazzano (PD) Tel. 049 8975888 - www.baap.it	P.I. IT02790980243
---	--------------------

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	00	04/10/2018	1/1