



### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso Formazione per il rilascio e rinnovo delle abilitazioni alla vendita, all'acquisto e per la consulenza sull'impiego dei prodotti fitosanitari in agricoltura **RINNOVO- UTILIZZATORI PROFESSIONALI** – durata 12 ore

**Op. 2014-1436/FC Progetto 4 Edizione 4**

#### DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  M  F \_\_\_\_\_  
Residenza – Via \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Ente di provenienza \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_  
Ruolo professionale \_\_\_\_\_  
Titolo di studio \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_

#### CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

E' dipendente ? SI'  NO   
Se sì che contratto ha con l'azienda ?  
Tempo indeterminato..... Tempo determinato .....   
Formazione lavoro.....  Apprendistato .....   
Part-time max 20/h sett ..... Stagionale.....   
Se non è dipendente è:  
Imprenditore.....  Socio.....   
Socio lavoratore .....  Collaboratore familiare .....   
Libero professionista .....  Lav.re autonomo (coll. coordinata e continuativa)...   
Altro specificare \_\_\_\_\_  
Se è disoccupato è iscritto nelle liste dell'ufficio per l'impiego ? SI'  NO   
Se sì risulta essere  
Disoccupato da meno di 6 mesi.....  
Disoccupato da più di 6 mesi.....

*In caso di ticket o per i corsi a pagamento*

FATTURARE A

Il costo complessivo previsto è pari a € \_\_\_\_85,00\_\_\_\_ acconto rilasciato pari a € \_\_\_\_/\_\_\_\_  
Il pagamento avviene tramite:  contanti;  assegno ;  bonifico

Il pagamento/saldo deve avvenire entro il giorno antecedente l'avvio del corso. Eventuale rimborso dell'acconto è previsto solo per coloro che comunichino all'ente la rinuncia al corso prima dell'avvio delle lezioni. Non è previsto il rimborso per coloro che si ritirano a corso iniziato.

Si allega calendario dell'attività formativa.

Il corso sarà avviato solo con un numero minimo di iscrizioni pari a \_\_16\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**D.Lgs 196/03 - Nuovo Testo Unico Privacy**

Ai sensi della **legge 196 del 1° gennaio 2003** e successive integrazioni e modifiche, in relazione ai dati personali che le sono richiesti e che ISCOM FORMAZIONE FORLI'-CESENA Soc. Cons. a.r.l. intende trattare La informiamo di quanto segue:

- 1) il trattamento a cui saranno sottoposti i suoi dati, richiesti con la modulistica predisposta, è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di ISCOM FORLI'-CESENA delle finalità attinenti all'esercizio della propria attività e di quelle ad essa collegate;
- 2) Il trattamento dei dati verrà effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici (banca dati);
- 3) I dati personali possono essere comunicati ai soggetti pubblici e privati coinvolti nel progetto in qualità di Enti finanziatori, Cofinanziatori, controllori e verificatori secondo le modalità previste dai medesimi.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

***Preso atto dell'informativa cui sopra,***

Io Sottoscritto \_\_\_\_\_

**autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali ad opera di ISCOM FORMAZIONE FORLI'- CESENA soc. cons. a.r.l. nei limiti sopra definiti.**

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_