

“Corso di Formazione per Dirigenti”

16 ore – Accordo Stato-Regioni del 21/12/11

SCHEDA DI ISCRIZIONE	
COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE (leggibile) _____	Sede del Corso HOTEL QUADRIFOGLIO - Via Peretti 8/10 Cagliari
Luogo e data di nascita _____ Cell. _____ email _____ Profilo professionale _____	Date e orari del Corso: - 12 giugno 2013: 9.00-13.00; 14.00-18.00 - 21 giugno 2013: 9.00-13.00 - 05 luglio 2013: 9.00-14.00
REFERENTE AZIENDALE _____ Tel. (rete fissa) _____ Cell. _____ email _____	Quota di partecipazione La quota del Corso è di € 200,00 esente iva e comprende il materiale didattico.
Fattura da intestare a: _____	Attestato L'attestato verrà rilasciato solo a coloro che avranno frequentato il 90% delle ore previste. In tutti gli altri casi le ore di assenza dovranno essere recuperate entro e non oltre l'edizione successiva dello stesso Corso. L'attestato verrà inviato tramite posta elettronica al seguente indirizzo da voi indicato: _____
VIA _____ N. _____ C.A.P.-COMUNE _____ P.IVA /CF _____ Ref. Amm. _____ Tel. (rete fissa) _____ email _____ (per invio fattura in formato PDF)	Assenze totali In caso di assenza totale dal Corso l'iscritto potrà utilizzare il pagamento effettuato partecipando ad una edizione successiva entro dodici mesi e dandone preventivo avviso scritto. Gli organizzatori si riservano la facoltà di rinviare il Corso dandone tempestiva comunicazione agli iscritti.
ATTIVITA' SVOLTA DALL'AZIENDA _____	Privacy Si informa, ai sensi del D.Lgs.196/03 che i propri dati personali e/o quelli delle Società/Enti/Organizzazioni di cui alla presente scheda saranno trattati dall'Associazione Il Volo: per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi relativi alla partecipazione, per adempimenti di legge e/o disposizioni di organi pubblici, per invio di materiale informativo.
Modalità di iscrizione Le iscrizioni dovranno avvenire mediante invio della presente scheda per fax o e-mail alla Segreteria, che comunicherà l'accettazione all'indirizzo e-mail sopraindicato. Metodo di pagamento prescelto: <input type="checkbox"/> assegno intestato a Associazione IL VOLO <input type="checkbox"/> bonifico intestato a Associazione IL VOLO IBAN IT43V0335901600100000007888 <u>Il posto sarà riservato solo a pagamento avvenuto, da effettuarsi entro 7 giorni prima dell'inizio del Corso.</u>	Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolare per quanto riguarda le modalità di iscrizione e il rilascio dell'attestato. Data _____
Segreteria Organizzativa Associazione Il Volo Via Giudice Costantino 21, Cagliari Tel.070.403287 - Fax 178.2249425 email: corsi@associazioneilvolo.it	Timbro e firma _____