



## CORSO PER RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA

(art.37 commi 10 e 11 D.lgs 81/08 e s.m.i.)

<b>Date:</b>	<input type="checkbox"/> 12, 13 e 19, 20 Aprile 2018	<input type="checkbox"/> 20, 21 e 27, 28 Settembre 2018
<b>Orario:</b>	09:00/13:00 - 14:00/18:00	
<b>Sede:</b>	Via Fabio Filzi, 58 - 20032 Cormano (MI) – Presso BC Solutions S.r.l.	
<b>Durata:</b>	Corso di 32 ore	
<b>Costo:</b>	Euro 480,00 IVA esclusa	
<b>Come raggiungerci:</b>	Autobus n. 729 dalla fermata MM 3 Comasina (linea Gialla) ogni 10 minuti circa	

### Erogazione del servizio formativo

Il corso prevede 32 ore di teoria con un test di verifica finale.  
Al termine del corso verrà consegnato il materiale didattico e rilasciato regolare attestato di partecipazione.

### Pagamento

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato **entro la data di inizio del corso**, inviando ricevuta di avvenuto pagamento della banca al n. di Fax **02.700559621** o via email a: **corsi@saversrl.com**

### Coordinate Bancarie:

Beneficiario: SAVER S.r.l.	Banca Popolare di Milano	IBAN: IT 65 N 05584 20100 000000000545
----------------------------	--------------------------	--

### Recesso

Il partecipante può far valere il diritto di recesso inviando disdetta, tramite fax o e-mail alla segreteria organizzativa, **almeno 7 giorni lavorativi prima della data di inizio del corso**. La segreteria confermerà ricezione della disdetta. In tal caso, sarà addebitato il 50% della quota di partecipazione. Resta inteso che nessun recesso potrà essere esercitato oltre i termini suddetti e che pertanto qualsiasi successiva rinuncia alla partecipazione non darà diritto ad alcun rimborso della quota di iscrizione versata.

Saver S.r.l. accorda la possibilità di partecipare al corso nella sessione successiva quale ultima occasione, riservandosi la facoltà di annullare le iniziative o modificare il programma dandone tempestiva comunicazione.

### Nota bene:

Saver S.r.l. si avvale del diritto di non rilasciare l'attestato di partecipazione in caso di mancato pagamento entro i termini suddetti o nel caso in cui il partecipante non abbia svolto tutte le ore previste dal corso.

Timbro e Firma \_\_\_\_\_



## CORSO PER RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA

### MODULO DI ISCRIZIONE

#### DATI PARTECIPANTE

Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

Luogo di nascita\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_ Data di nascita\* \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Indirizzo E-mail di spedizione attestato \_\_\_\_\_

#### FUNZIONE RICOPERTA IN AZIENDA:

Datore di Lavoro

Dirigente

Tecnico

Impiegato/a

Operaio/a

#### DATI PER LA FATTURA (compilare obbligatoriamente tutti i campi solo se nuovo cliente)

Ragione sociale Organizzazione o Nome e Cognome\* \_\_\_\_\_

Settore merceologico \_\_\_\_\_ Codice ATECO 2007 \_\_\_\_\_ n° Lavoratori \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/03 e successive modifiche, La informiamo che i suoi dati saranno conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra società nonché da enti e società esterne ad essa collegate, solo per l'invio di materiale amministrativo e promozionale derivante dalla nostra attività.

La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 07 della medesima legge, Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge.

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare le condizioni di vendita, le modalità di iscrizione, di partecipazione e di recesso.**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

\*I campi contrassegnati con l'asterisco sono da compilare obbligatoriamente in modo chiaro e leggibile.