# SCHEDA ISCRIZIONE CORSI SICUREZZA/2

**Dati di fatturazione:**

Ragione sociale azienda _____

Indirizzo_____ CAP _____ Città _____

Provincia_____ Telefono _____Email _____

CF/P IVA_____SDI_____ATECO_____

**Classe di rischio** (come da DVR Documento Valutazione Rischi): ☐ BASSO ☐ MEDIO ☐ ALTO

**Cognome e Nome partecipante**_____ ☐ F ☐ M

Codice Fiscale _____ Nato/a a _____ Provincia _____ il _____

Residente in Via/P.zza _____ Cittadinanza _____

Cellulare_____E-mail_____

Mansione ricoperta in azienda: _____

**Altri ruoli ricoperti relativamente alla Sicurezza, oltre a quello per il quale chiede di essere iscritto/a al corso**:

☐ RSPP ☐ Preposto ☐ Squadra Primo soccorso ☐ Squadra Antincendio ☐ RLS

| | CORSO RICHIESTO | QUOTA | QUOTA (IVA INCLUSA) | DATA CORSO SCELTO |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | SICUREZZA LAVORATORI – MEDIO RISCHIO 12 ore | € 185,00 + IVA | € 225,70 | |
| ☐ | SICUREZZA LAVORATORI – ALTO RISCHIO – 16 ore | € 232,00 + IVA | € 283,04 | |
| ☐ | SICUREZZA LAVORATORI PARTE SPECIFICA MEDIO RISCHIO – 8 ore | € 134,00 + IVA | € 163,48 | |
| ☐ | SICUREZZA LAVORATORI PARTE SPECIFICA ALTO RISCHIO - 12 ore | € 195,00 + IVA | € 237,90 | |
| ☐ | DL-RSPP Modulo comune – 8 ore | € 139, 34 + IVA | € 170,00 | |
| ☐ | DL-RSPP Modulo integrativo 1 – 16 ore | € 307,00 + IVA | € 374,54 | |
| ☐ | DL-RSPP Modulo integrativo 2 – 12 ore | € 262,00 + IVA | € 319,64 | |
| ☐ | DL-RSPP Modulo integrativo 3 – 16 ore | € 307,00 + IVA | € 374,54 | |
| ☐ | PREPOSTO – 12 ORE | € 217,00 + IVA | € 264,74 | |
| ☐ | AGGIORNAMENTO PREPOSTO – 6 ORE | € 120,00 + IVA | € 146,40 | |

**ACCETTA** le seguenti condizioni:

1) **Le lezioni in videoconferenza, previste per i corsi disciplinati dall'Accordo Stato-Regioni 17/04/2025 NON POSSONO ESSERE FRUITE TRAMITE TELEFONO CELLULARE.** L'utilizzo del cellulare per la partecipazione alle lezioni costituisce motivo di **non conformità** rispetto ai requisiti normativi. Nel caso in cui tale modalità di fruizione risultasse dalla cronologia delle connessioni, **NON SARÀ POSSIBILE RILASCIARE L'ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE**.
2) Lo svolgimento del corso potrà essere posticipato ad altra data previo preavviso da parte di Cescot di almeno 3 gg. comunicato ad uno dei recapiti forniti nel presente modulo. In caso di annullamento del corso da parte di Cescot, l'ente provvederà a rimborsare la quota eventualmente corrisposta dal corsista.
3) **IN CASO DI ASSENZA NON COMUNICATA ENTRO 6 GIORNI LAVORATIVI DALLA DATA DEL CORSO SCELTO, LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE NON VERRA' RESTITUITA. ASSENZE PER MALATTIE CON CERTIFICATO MEDICO SEMPRE RECUPERABILI.**
4) Dichiaro di essere stato informato in merito al contenuto del corso, al luogo e alle date di svolgimento, al costo e alle modalità di pagamento.
5) **Privacy** L'interessato dichiara di aver preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del DGPR (Reg. UE n. 679/2016) disponibile presso la sede di Cescot ed accessibile anche all'indirizzo web www.cescotravenna.it Comunicazione dei dati a soggetti terzi: I dati personali forniti saranno trattati dal Responsabile del trattamento per la gestione dell'iscrizione e della partecipazione al corso, nonché per tutti gli adempimenti connessi alla sua organizzazione, erogazione e certificazione della frequenza. Per la realizzazione delle attività formative in modalità videoconferenza, alcuni dati personali dell'iscritto potranno essere comunicati a VEGA FORMAZIONE SRL con sede in VIA DON TOSATTO 35 – 30174 Mestre (VE), in qualità di TItolare del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679, incaricato dal Responsabile del trattamento di svolgere le attività tecniche e organizzative necessarie all'erogazione del corso e alla rilevazione e certificazione della partecipazione. I dati comunicati saranno limitati a quelli strettamente necessari per tali finalità, quali, a titolo esemplificativo, dati identificativi, dati di contatto e dati relativi alla partecipazione al corso. L'azienda incaricata tratterà i dati esclusivamente secondo le finalità connesse all'erogazione del servizio formativo, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali. Sono consapevole quindi che dando liberamente accesso alla telecamera (nelle lezioni in videoconferenza), la mia immagine o le mie attività potranno essere registrate. Dichiaro inoltre che non avrò nulla a pretendere da tali pubblicazioni.

**Data:**..... **Firma**

**DATI PER FATTURA:** TOTALE QUOTA ISCRIZIONE €_____ IVA INCLUSA

**PAGAMENTO:** ☐ *contanti/pagamento elettronico in cassa* ☐ *RID con CESCOT*

☐*bonifico bancario a Cescot Ravenna Cesena Srl IBAN* ***IT 81 A 05387 13120 000000012427***

Modulo da inviare via e-mail a cescot@cescotravennacesena.it o al numero Whatsapp 0544-292776 unitamente alla contabile di pagamento ed al documento di identità fronte e retro del/della partecipante.