



CORSO PER RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA

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

Date:	<input type="checkbox"/> 21, 22 e 28, 29 Settembre 2017	<input type="checkbox"/> 12, 13 e 19, 20 Aprile 2018
Orario:	09:00/13:00 - 14:00/18:00 (apertura uffici 08:45)	
Sede:	BC Solutions S.r.l. - Via Fabio Filzi, 58 - 20032 Cormano (MI))	
Durata:	Corso di 32 ore	
Costo:	Euro 480,00 IVA esclusa	
Come raggiungerci:	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 **02.61.50.595** o via email a: **info@bcsolutions.it**

Coordinate Bancarie:

Beneficiario: BC SOLUTIONS S.r.l.	UBI Banca S.p.A.	IBAN: IT 83 I 03111 01643 000000010892
-----------------------------------	------------------	--

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.

BC Solutions 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:

BC Solutions 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.