

MODULO D'ISCRIZIONE CORSO ON LINE – FORMAZIONE A DISTANZA (FAD)

Il sottoscritto, _____ in qualità di Datore di Lavoro dell'azienda (sotto indicata), richiede l'iscrizione al corso (sotto indicato) e dichiara di comprendere la lingua italiana.

Firma datore di lavoro, _____

DATI DELL'AZIENDA

Ragione sociale		Indirizzo	
Città		Provincia	
Codice Fiscale		Partita IVA	
Telefono		Mail	
PEC		Codice SDI	

DATI PARTECIPANTE

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Mansione		Codice ATECO azienda	
Mail aziendale per invio credenziali di accesso alla piattaforma e-learning			

Inviare unitamente al presente modulo d'iscrizione copia della carta d'identità del partecipante al corso

TIPOLOGIA DI CORSO RICHIESTO

Formazione Accordo Stato Regioni 2011 DATORI DI LAVORO
Aggiornamento DATORE DI LAVORO rischio ALTO (durata 14 ore)

Il costo della quota di partecipazione è di 120,00 Euro a cui andranno aggiunti l'IVA al 22% e il 4% d'addebito contributo INPS.

Il pagamento dovrà essere inviato tramite mail insieme al presente modello di iscrizione ed alla copia della carta d'identità del partecipante al corso.

Per invio scheda iscrizione e-mail: studiotecnicostm@gmail.com - Per informazioni Cell. 351 8978874

Dati per il bonifico: IBAN: IT94M07085637300000000004926 - BANCA: CREDIFRIULI srl - Filiale di Cervignano del Friuli (UD) - INTESTATARIO: Martin Erik – CAUSALE: Corso FAD – DATORE ALTO azienda *“inserire la ragione sociale dell'azienda che richiede il corso”*

_____, li __ / __ / ____

Timbro e firma datore di lavoro
