

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO
Formazione regolamentata dalla Regione Emilia-Romagna
Operazione Rif. PA 2012-13244/RER

Da inviare a ECIPAR Ferrara- Email: elombardi@eciparfe.it Fax 0532/66442

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
il _____ residente a _____ Via _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____
Telefono _____ Cell. _____ E.mail _____
Titolo di studio _____
<input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Collaboratore <input type="checkbox"/> Titolare

Intende iscriversi al corso abilitante per

Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

Quota di iscrizione: € 2.350,00 (IVA non applicabile)

Possibilità di rateizzazione concordata con il coordinatore del corso:

ISCRIZIONE: Il sottoscritto prende atto che la domanda di iscrizione al **corso** sarà confermata da parte di ECIPAR FERRARA entro 3 giorni lavorativi prima dell'inizio delle attività d'aula.

I corsi avranno inizio al raggiungimento del numero minimo di partecipanti previsti, nel caso non venissero raccolte sufficienti adesioni, l'ente di formazione si riserva la facoltà di rinviare l'inizio delle attività.

MODALITÀ DI PAGAMENTO: in contanti presso gli uffici di Ecipar Ferrara o mediante bonifico bancario intestato a **ECIPAR Ferrara, Banca MPS** - Codice IBAN **IT2000103013004000001334282** con l'indicazione della seguente causale: "iscrizione di Cognome e Nome del partecipante e titolo del corso".

DISDETTA: Il partecipante ha diritto di recesso, secondo le modalità previste dalla presente scheda adesione.

Sarà possibile disdire **entro il termine di 5 giorni lavorativi antecedenti la data di avvio del corso**, tramite fax al numero 0532/66442 o mail a elombardi@eciparfe.it

Oltre questo termine, o nel caso di mancata frequenza alle lezioni, al partecipante verrà fatturata l'intera quota di iscrizione.

DATI PER LA FATTURAZIONE:
Ragione sociale Ditta/Nome Cognome _____
P.Iva/C.F. _____ Città _____
Via _____
Recapito Telematico per Fattura Elettronica (Codice o Indirizzo PEC): _____

Per accettazione

Data _____ Firma _____

In ottemperanza al GDPR Reg. (UE) 2016/679 la informiamo che i dati sopra raccolti verranno trattati per la sola erogazione dei servizi sopra indicati. La informiamo inoltre che potrà esercitare i suoi diritti di: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità semplicemente comunicandoci la Sua richiesta all'indirizzo gpellecchia@eciparfe.it

L'informativa esaustiva potrà essere consultata all'indirizzo: <http://www.eciparfe.it/doc/Informativa-ECIPAR-Ferrara.pdf>.

In ottemperanza al GDPR ed in relazione alla necessità di recepire il vostro consenso per attività di marketing indiretto, intendendo con ciò la possibilità di ottenere aggiornamenti su prodotti ed iniziative di ECIPAR FERRARA Soc. coop. r.l., la informiamo che potrà esercitare i suoi diritti di: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità semplicemente comunicandoci la Sua richiesta all'indirizzo gpellecchia@eciparfe.it. L'informativa esaustiva potrà essere consultata all'indirizzo: <http://www.eciparfe.it/doc/Informativa-ECIPAR-Ferrara.pdf>.

- Presto il consenso
- Nego il consenso

Data _____

Firma _____



ECIPAR FERRARA
Formazione e servizi innovativi per l'artigianato e la piccola impresa

Società cooperativa a responsabilità limitata
C.F. e P.IVA 00715600383 - Iscr. Albo Soc. Coop. n. A111191

Codice SDI fattura elettronica **XL13LG4**

Sede Legale ed Operativa: Via Marcello Tassini, 8 - 44123 Ferrara

Tel 0532 66440 - Fax 0532 66442

www.eciparfe.it - info@eciparfe.it

