

SCHEDA DI ISCRIZIONE OCCUPATI (MDL-FSE+)

S.E.FOR.S. V.C.O.

VIA DELL'INFORMATICA 26 – 28924 VERBANIA FONDOTOCE
TEL. 0323.497458 CEL.375.5605882 (whatsapp) info@seforsvco.it www.seforsvco.it



Le iscrizioni sono da effettuare via e-mail, posta o allo sportello (9:00-12:30; 14:30-17:00) saranno accettate in ordine di data di ricevimento. SEFORS V.C.O. comunicherà in quale sessione sono stati inseriti gli iscritti. **SCRIVERE A MACCHINA O IN STAMPATELLO.** Qualora vogliate iscrivere più di un dipendente vi preghiamo di compilare un tagliando di iscrizione per ogni persona. **La rinuncia all'edizione in cui il lavoratore è iscritto NON GARANTISCE l'inserimento in edizioni successive.**

IMPRESA/STUDIO PROFESSIONALE/LIBERO PROFESSIONISTA _____

P. IVA E CODICE FISCALE _____

Dalla Visura Camerale: NR. REA _____ ANNO ISCRIZ. CCIAA _____ CODICE ATECO 2007 _____

SEDE LEGALE (COMUNE – VIA) _____

TEL/CELL _____ COD. UNIVOCO FATT.EL. _____

e-mail _____ PEC _____

SEDE UFFICI (se diverso da sede legale) _____

CLASSE DIMENSIONALE AZIENDALE (tutti coloro che lavorano a tempo pieno nell'impresa, compresi impiegati, proprietari gestori e soci):

1-9 10-14 14-49 50-249 250-499 500 e oltre

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL SIG.

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PR) _____ IL _____

RESIDENTE A _____ (PR) _____ C.A.P. _____

VIA/CORSO _____ TEL/CELL _____

COD. FISCALE _____

TITOLO DI STUDIO (specificare tipologia di diploma/laurea) _____

RUOLO AZIENDALE _____ DATA DI ASSUNZIONE _____

TIPOLOGIA CONTRATTUALE (t. determinato – indeterminato – parziale – ecc.) _____

CCNL APPLICATO _____

CITTADINANZA _____

(se cittadino extracomunitario) dichiara di essere in regola con il permesso di soggiorno, rilasciato dalla questura di _____

in data _____ con scadenza il _____ (N.B. Allegare copia visibile di Permesso di Soggiorno)

↓ *Barrare la casella del/dei corso/i a cui si vuole partecipare*

DENOMINAZIONE CORSO (Bando Programma GOL e Direttiva FPL Macro Ambito Formativo 1)	DURATA
ELEMENTI DI STESURA E GESTIONE DEI DOCUMENTI INERENTI LA QUALITA' E LA SICUREZZA AZIENDALE	80 ore

L'ISCRITTO dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali derivanti dalle dichiarazioni mendaci (non veritiere) come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000

Timbro (visibile) e Firma

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi del Regolamento 679/2016/UE, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali e alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate sull'informativa nei limiti e per le finalità dell'Ente (informativa disponibile sul sito www.seforsvco.it o presso gli uffici del S.E.FOR.S. V.C.O.)

Firma

Si allegano alla presente COPIA CARTA IDENTITA' e TESSERA SANITARIA

Aggiornato al 07/10/2024 da vdc Ins. Prof. <input type="checkbox"/>	Registrato il ____/____/____ Pagina 2 di 2	Codice corso Data con is. ____/____/____
--	---	---