**INSERISCI QUI ↓ IL TITOLO DEL CORSO CHE HAI SCELTO**

**INSERISCI TITOLO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE IN QUALITA’ DI:** | ** PARTECIPANTE** | ** UDITORE** |

**SEDE:** Fondazione G. Castellini, via Sirtori 10 – 22100 COMO

Tel. 031.266348 – fax 031.242828 – e mail: fpro@scuolacastellini.it

 sara.volcan@scuolacastellini.it

La scheda va rinviata alla segreteria della Fondazione entro il 07.12.2021

all’indirizzo fpro@scuolacastellini.it oppure sara.volcan@scuolacastellini.it

|  |
| --- |
| **DATI AZIENDA** |
| Ragione Sociale: |  |
| Codice Fiscale: |  |
| Partita IVA: |  |
| N° dipendenti: |  |
| Settore Merceologico: |  |
| Codice ATECO: |  |
| Forma giuridica: | * Professionista
* Altro
 |
| Dimensione: | * Micro impresa
* Piccola impresa
* Media impresa
* Grande impresa
 |
| Anno finanziario inizio: |  |
| Anno finanziario fine: |  |
| Adesione a Fondoprofessioni: |  |
|  |  |
|  **SEDE LEGALE**  |
| Matricola INPS: |  |
| CCNL: |  |
| Regione: |  |
| Provincia: |  |
| Comune: |  |
| Cap: |  |
| Indirizzo: |  |
| Telefono: |  |
| Fax: |  |
| Email: |  |
|  |  |
| **SEDE OPERATIVA (compilare solo se diversa dalla sede legale)** |
| Matricola INPS: |  |
| CCNL: |  |
| Regione: |  |
| Provincia: |  |
| Comune: |  |
| Cap: |  |
| Indirizzo: |  |
| Telefono: |  |
| Fax: |  |
| Email: |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **LEGALE RAPPRESENTANTE** |
| Cognome: |  |
| Nome: |  |
| Nato a: |  |
| Data di nascita: |  |
| Codice fiscale: |  |
| Documento identità: | * Carta d’identità
* Passaporto
 |
| Numero documento: |  |
| Scadenza documento: |  |
| **Residente a** |
| Comune: |  |
| Cap: |  |
| Provincia: |  |
| Indirizzo: |  |
|  |  |
| **PARTECIPANTE** |
| Cognome: |  |
| Nome: |  |
| Nato a: |  |
| Data di nascita: |  |
| Codice fiscale: |  |
| **Residente a** |  |
| Comune: |  |
| Cap: |  |
| Provincia: |  |
| Indirizzo: |  |
|  |  |
| Titolo di studio: |  Licenzia Elementare  |  Licenzia Media |  Qualifica professionale |
|  Diploma di scuola media superiore  |  Lauree e successive specializzazioni |  |
| Inquadramento: |  Impiegato amministrativo / tecnico  |  Quadro dirigente |  |
| Tipologia contrattuale |  Contratto a tempo indeterminato  |  Contratto a tempo determinato |  Apprendistato |
|  Altro  |  |
| Anno di assunzione |  |
| Assunzione ex legge 68/99 |  Si  |  No |
| Ha già partecipato ad attività formative finanziate da Fondoprofessioni |  Si  |  No  |

* Assicuro la mia disponibilità a fornire tempestivamente a Fondazione “G. Castellini” la documentazione necessaria

alla rendicontazione del corso.

* Sono a conoscenza che la percentuale di frequenza non dovrà essere inferiore al 70% del monte ore.
* Nel caso di part time, poiché il corso deve essere frequentato in orario di lavoro, **è obbligatorio dichiarare il recupero**

**delle ore effettuate in eccesso se non pagate attraverso straordinario.**

Allegati:

1. **Copia documenti personali partecipante: carta d’identità e codice fiscale**
2. **Copia del DM10 oppure UNIEMENS che attesta l’adesione a FondoProfessioni**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data |  | Firma dipendente |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Timbro azienda / studio |  | Firma datore di lavoro |

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** |
| Ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del [GDPR (Regolamento generale sulla protezione dei dati](http://www.altalex.com/documents/news/2018/03/05/regolamento-generale-sulla-protezione-dei-dati-gdpr#index) - Reg. UE/2016/679) la informiamo che i dati personali comunicati verranno trattati per finalità inerenti alla prestazione dei servizi richiesti ed in ragione dell’esecuzione di obblighi contrattuali (in particolare: gestione della domanda di iscrizione ai corsi formativi, connesse attività organizzative e successive incombenze amministrativo-contabili, attività di customer care, segnalazioni, reclami e contenziosi), ovvero ai fini dell’evasione di specifiche richieste dell’interessato. Il conferimento dei dati personali è facoltativo, limitato al periodo di espletamento del corso/servizio e al rilascio degli attestati, ma strettamente necessario per le attività sopra indicate che altrimenti non potranno essere erogate. I dati personali potranno essere comunicati per le medesime finalità di cui sopra a soggetti terzi che opereranno come responsabili e/o autonomi titolari del trattamento (Fondi Paritetici Interprofessionali, organismi degli ordini professionali ai fini dell’accreditamento dei corsi di formazione), nonché a soggetti specificamente incaricati. I dati personali non verranno diffusi.I dati forniti verranno trattati, in modo lecito, corretto e trasparente, principalmente tramite supporto cartaceo e/o con strumenti elettronici o informatici per il tempo necessario a conseguire le sopracitate finalità e/o per evadere le richieste dell’interessato. In caso di rifiuto di fornire i dati personali richiesti o di prestare il consenso, ove richiesto, non potranno svolgersi le attività sopra elencate né fornire i servizi formativi richiesti. Sulla base di specifico consenso, i dati personali potranno essere trattati per un periodo di 3 anni per finalità connesse ad attività di carattere pubblicitario/promozionale/informativo sulle nostre prossime iniziative (ivi incluso l’invio di newsletter e materiale pubblicitario). Titolare del trattamento è la Fondazione Castellini - Scuola d’Arti e Mestieri via Sirtori, 10, 22100 COMO (mail: privacy@scuolacastellini.it) a cui l’interessato potrà rivolgersi per avere accesso ai suoi dati, farli integrare, rettificare o cancellare, limitare od opporsi al loro trattamento, per il quale potrà comunque proporre reclamo all’Autorità di controllo, o per esercitare gli altri diritti previsti dalla normativa applicabile, ivi incluso il diritto alla portabilità. Io sottoscritto, letta l’informativa che precede, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità indicate strettamente connesse e strumentali alla gestione dell’iscrizione ai corsi di formazione.Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (legale rappresentante)Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (partecipante /uditore)Relativamente al trattamento dati personali per finalità di carattere pubblicitario/promozionale/informativo da parte della Fondazione Castellini ❏ PRESTO IL CONSENSO ❏ NEGO IL CONSENSOData \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (legale rappresentante) |