



“SC: UNICO DI SOCIETA’ DI CAPITALI”

ORE TOTALI: 8

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO IN QUALITA’ DI:

PARTECIPANTE

UDITORE

SEDE: Fondazione Castellini, via Sirtori 10 – 22100 Como (CO)
Tel. 031/266348 – fax 031/242828 – e mail: fpro@scuolacastellini.it

La scheda va rinviata alla segreteria della Fondazione via mail a sara.volcan@scuolacastellini.it
entro il **31 MARZO 2021**

DATI AZIENDA

Ragione Sociale:

Matricola Inps:

Impresa individuale e familiare Societa' di persone Societa' di capitale

Natura Giuridica

Istituzione sociale privata

Consorzio

Cooperativa

Altro

Personalità Giuridica

Si No

Codice Fiscale:

Partita IVA:

Settore Merceologico:

Codice ATECO:

Descrizione Codice ATECO:

Numero Dipendenti:

Città dello stabilimento coinvolto nell'intervento
formativo:

SEDE OPERATIVA

Regione:

Provincia:

Comune:

Cap:

Indirizzo:

Telefono operativo:

Fax operativo:

Email operativo:

SEDE LEGALE

Regione:

Provincia:

Comune:

Cap:

Indirizzo legale:



ADESIONE A FONDOPROFESSIONI

Mese: _____
Anno: _____

LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome: _____
Nome: _____
Nato a: _____
Data di nascita: _____
Codice Fiscale: _____
Num. Carta d'identità _____
Scadenza C.I. _____

Residente a

Comune: _____
Cap: _____
Provincia: _____
Indirizzo: _____

PARTICIPANTE

Cognome: _____
Nome: _____
Sesso: _____
Data di nascita: _____
Luogo nascita: _____
Provincia: _____
Codice Fiscale: _____
Stato Nascita: _____
Cittadinanza: _____

RESIDENZA

Regione _____
Provincia _____
Comune _____
Cap _____
Indirizzo _____
Telefono _____



FORMAZIONE A DISTANZA



ALTRE INFORMAZIONI

- | | | | |
|------------------|---|--|---|
| Titolo di studio | <input type="checkbox"/> Licenzia Elementare | <input type="checkbox"/> Licenzia Media | <input type="checkbox"/> Qualifica professionale |
| | <input type="checkbox"/> Diploma di scuola media sup. | <input type="checkbox"/> Titolo post-diploma non universitario | <input type="checkbox"/> Lauree e successive specializzazioni |
| | <input type="checkbox"/> Nessun Titolo | | |

- | | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| Qualifica occupazionale | <input type="checkbox"/> Operaio generico | <input type="checkbox"/> Operaio qualificato | <input type="checkbox"/> Impiegato direttivo |
| | <input type="checkbox"/> Impiegato amministrativo e tecnico | <input type="checkbox"/> Quadro | <input type="checkbox"/> Dirigente |

- | | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Tipologia contrattuale | <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato | <input type="checkbox"/> Apprendistato |
| | <input type="checkbox"/> Contratto a progetto | <input type="checkbox"/> Altro | |

Ccnl di riferimento

Anno di assunzione

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Assunzione ai sensi legge 68/99 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| | | |

- | | | | | |
|----------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Tipo fascia protetta | <input type="checkbox"/> Diversamente Abile | <input type="checkbox"/> Over 45 | <input type="checkbox"/> Immigrato | <input type="checkbox"/> Nessuna |
| | | | | |

Livello contrattuale

Tempo

Percentuale Part Time	<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
	%	Numero di matricola

Area di appartenenza (produzione, amministrazione,...)

Ha già partecipato ad attività formative finanziate da Fondoprofessioni Sì No

Numero protocollo piano : Ente Erogatore:

- 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.**

Allegato: **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

Firma datore di lavoro



FORMAZIONE A DISTANZA



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 - 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'Arte 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 CONSENSO

Data _____

Firma _____ (legale rappresentante)