



Integrazione Lavoro

**ISCRIZIONE INDIVIDUALE DEL PARTECIPANTE**

Titolo Corso/Sigla: _____

SCHEDA AZIENDA

Denominazione azienda _____

P.Iva _____ Codice fiscale _____

Indirizzo sede legale _____

Telefono: _____ fax: _____ e-mail: _____

Codice ATECO aziendale _____

Il datore di lavoro dichiara che le persone indicate che parteciperanno al corso di formazione sono in possesso di idoneità psico-fisica al lavoro per la mansione oggetto della sessione formativa.*

Luogo e data _____ Timbro e firma Titolare _____

SEZIONE PARTECIPANTE – da compilarsi con tutte le informazioni richieste relative dal lavoratore e/o professionista

Cognome:	Nome:
__ maschio __ femmina	Cittadinanza:
Codice fiscale:	Recapito telefonico:
Via:	Città:
Mansione:	Titolo di studio:
Luogo e Data di nascita:	Firma:
Titolo del corso/Sigla:	
<p>Informativa e contestuale dichiarazione di consenso ai sensi degli artt. 13 e 23 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante le disposizioni concernenti il " Codice in materia di protezione dei dati personali".</p> <p>Con la presente, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante le disposizioni concernenti il "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "D.Lgs 196"), La informiamo che i dati personali da Lei forniti, verranno comunicati ad Integrazione Lavoro ed a Fesica Confisal ai fini della Sua partecipazione al progetto formativo e verranno raccolti in una banca dati nel rispetto del D.lgt. 196/03. Integrazione Lavoro ed a Fesica Confisal sono contitolari del trattamento dei dati personali da Lei forniti e potranno trattare i suddetti dati – anche in forma aggregata ai sensi dell'art.118 della L. 388/2000 e dell'art.25 della legge 845/1978 – esclusivamente per finalità connesse alla Sua partecipazione al progetto formativo. La informiamo che i Suoi dati personali potranno essere comunicati per le verifiche amministrative e contabili, che i Suoi dati personali saranno trattati – anche attraverso sistemi automatizzati – con modalità strettamente necessarie alle indicate finalità, da personale tecnico, opportunamente informato e istruito per le operazioni di utilizzo dei dati descritti. La informiamo, infine, che in relazione ai suddetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03. Il diniego del consenso alla comunicazione dei Suoi dati personali per le finalità connesse alla Sua partecipazione al corso, potrà impedire la Sua partecipazione al progetto stesso. In relazione all'informativa di cui sopra, esprimo il consenso, previsto dagli artt. 13 e 23 del D.Lgs 196/03 al trattamento dei dati personali da me forniti per le finalità connesse alla mia partecipazione al corso .</p>	
Data, Firma partecipante:	

*nel caso in cui la persona che accederà alla sessione formativa non sia un lavoratore di pendente o non abbia ottenuto la dichiarazione da parte del proprio datore di lavoro dovrà presentare una certificazione da parte di un altro medico (es. proprio medico di base) è possibile utilizzare il mod. fac-simile idoneità psicofisica.

FULL SERVICE s.r.l. - Via A. Manzoni n° 28 - 56038 Ponsacco (Pisa)
 Tel. 0587/73.51.22 r.a. Fax 0587/73.51.23 – C.F. e P.IVA 0135005 050 4 - Cap. Soc. 31.200 € Int. Vers.
 Sito Web: www.fullservicesrl.it - e-mail: info@fullservicesrl.it
 Iscr Registro Imprese di Pisa N° 01350050504 dal 19/02/96 n° R.E.A. 117227