|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**MODULO PARTECIPANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** |  | | | | | | |
| **Nome** |  | | | | | | |
| **Luogo di nascita** |  | | | | | | |
| **Data di nascita** |  | | | | | | |
| **CODICE FISCALE** |  | | | | | | |
| **Nazionalità** |  | | | | | | |
| **Telefono** |  | **email** |  | | | | |
| **Residenza** | **città** | | | **Pr** |  | **Cap** |  |
| **Via** | | | | | | |
| **Domicilio (se diverso da residenza)** | **città** | | | **Pr** |  | **Cap** |  |
| **Via** | | | | | | |
| **Professione** |  | | | | | | |
| **Disciplina** |  | | | | | | |
| **Stato occupazionale** | **Libero professionista dipendente in cerca di occupazione** | | | | | | |
| **Num iscrizione e ordine di riferimento** |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CORSO DI FORMAZIONE -** Inviare il modulo compilato a: **formazione@lavorando.com**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **TITOLO** | **DISFAGIA Screening , inquadramento e trattamento** | | | | **DATA INIZIO** | **23/06/2022** | **COSTO UNITARIO (€)** | **//** | | **SEDE** | Hotel Leonardo Da Vinci in via Leonardo Da Vinci, 6, 22037 Erba CO | | |   **DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO DELL’EVENTO ATTRAVERSO:**  **- NEWSLETTER -PASSAPAROLA**  **- RECLUTAMENTO DELL’AZIENDA DI APPARTENENZA □**  **- RECLUTAMENTO SPONSOR □**  **Eventuale specifica sul canale informativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALITÀ DI PAGAMENTO**  La quota del corso deve essere corrisposta prima dell’inizio del corso con bonifico bancario a favore di:  Lavorando Srl Banca Etica Agenzia Brescia iban IT90R0501811200000016984536  **Diverse modalità di pagamento devono essere concordate con la direzione.**  **Altre condizioni**  1. L´iscrizione al corso deve essere effettuata nel rispetto della data di scadenza iscrizioni.  2. LAVORANDO.COM si riserva il diritto di annullare o rimandare il corso in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti, o in caso vengano a mancare i requisiti necessari al buon funzionamento del corso.  3. L’avvio del corso si ritiene confermato salvo annullamento che verrà comunicato entro 7 giorni prima della data di inizio del corso stesso. Nel caso in cui il corso venga annullato o rimandato, verrà data comunicazione al Cliente che potrà decidere se attendere l´inizio del corso in data successiva o annullare la sua iscrizione con restituzione dell´eventuale quota versata.  4. Ogni eventuale disdetta andrà comunicata per iscritto almeno 4 giorni lavorativi prima della data di inizio corso. Nel caso la disdetta giunga dopo tale termine, il/la Cliente sarà tenuto a pagare, la somma pari al 50% del dovuto. Il/La Cliente sarà comunque tenuto al pagamento dell´intera somma nel caso il/la partecipante non si presenti al corso alla data stabilita o interrompa la frequenza del corso stesso per cause non attribuibili a LAVORANDO.COM S.r.l.  5. L´ attestato del corso di formazione verrà rilasciato solo nel caso in cui siano regolari pagamento e frequenza al corso. | |
| **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi del D.lgs. n.196 DEL 30/06/03 e del Regolamento UE 2016/679**  Lavorando srl SB provvede al trattamento di dati conferiti ai sensi dell’art. 13 - Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché la direttiva 2002/58/CE, secondo le modalità e per le finalità di cui alla informativa Privacy [*http://www.lavorando.com/wp-content/uploads/2018/10/lavorando-informativa-protezione-dati.pdf*](http://www.lavorando.com/wp-content/uploads/2018/10/lavorando-informativa-protezione-dati.pdf). In qualsiasi momento gli utenti possono esercitare i diritti privacy a loro riconosciuti. Il Cliente acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento a norma dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari all’erogazione del servizio richiesto, così come illustrato nell’informativa.  Dichiara altresì di  □ consentire             □ non consentire  al trattamento dei dati per l’invio di materiale informativo/circolari, inviti a convegni. | |
| **LUOGO, DATA** | **FIRMA PER ACCETTAZIONE** |



Provider accreditato al

sistema Lombardo ECM- CPD

n° 7233 del 03/04/2020

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |