

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 - corsi in attesa di approvazione)	DURATA
	TECNICHE DI MARMO ARTIFICIALE	88 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 08/03/2023 da vdc Ins. Prof. <input type="checkbox"/>	Registrato il ____/____/____ Pagina 2 di 2	Codice corso Data con is. ____/____/____
--	---	---