ORGANISMO PARITETICO PROVINCIALE - EFEI FOGGIA
Via Isonzo , 33 71121 Foggia
Tel: 0881 778140 - efeifoggia@libero.it - efeifoggia@pec.it
Codice fiscale 94084900714

All'attenzione degli Iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia

Oggetto: Corso di FORMAZIONE / AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO ANNUALE per R.L.S. – Rappresentante Lavoratori Sicurezza – a beneficio degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Foggia e del loro personale dipendente.

Gent. mo **Dott.re / Dott.ssa**,

Ai sensi del Decreto Legislativo **81/2008 e s.m.i**. Le comunichiamo che l'**O.P.P. - ORGANISMO PARITETICO PROVINCIALE FOGGIA EFEI** e lo **STUDIO CASAGNI ,** hanno organizzato un nuovo **Corso NORMATO di FORMAZIONE - valido come AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO ANNUALE - per R.L.S. RAPPRESENTANTE LAVORATORI SICUREZZA di 4 ore, rivolto ai DIPENDENTI di Studio Medico ed Odontoiatrico** al costo di €. 50,00 per partecipante.

Il corso si svolgerà dalle **ore 9,00 alle ore 13,00** il giorno: **28 SETTEMBRE 2024 (SABATO).**

La Formazione sarà svolta presso l' **Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia, corrente in Foggia alla Via Vincenzo Acquaviva, 48.**

Verrà rilasciato regolare Attestato Normato, al termine dell'avvenuta verifica di apprendimento.

Si allega la **scheda d'iscrizione al corso e dell'autorizzazione utilizzo dati personali** che dovrà essere **compitata in ogni sua parte , firmata** (da ogni partecipante) e **ritramessa quanto prima via e- mail inviandola a efeifoggia@libero.it** per poter gestire al meglio l'attività organizzativa didattica.

Cordiali saluti.

Studio CASAGNI - O.P.P. EFEI FOGGIA

Per info e/o chiarimenti: 0881778140 – 3208314908 email : efeifoggia@libero.it

E.F.E.I.
ENTE PARITETICO BILATERALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE

Studio Casagni
Esperti in Sicurezza sul Lavoro

DOMANDA di ISCRIZIONE

CORSO per R.L.S. - Rappresentante Lavoratori Sicurezza

(aggiornamento 4 ore)

Compilare in stampatello

nome e cognome _____ tipo e n° documento _____

luogo e data di nascita _____

residenza (via, n° civico, cap, città) _____

p.iva _____ c.f. _____

titolo di studio _____ tel. fisso _____

cell. _____ fax _____ e-mail _____

ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE (compilare solo i dati differenti di cui sopra)

azienda/ditta/ente _____

sede (via, n° civico, cap, città) _____

p.iva _____ c.f. _____

cell. _____ fax _____ e-mail _____

_____

luogo, data e firma del richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (come da allegato, parte integrante della presente domanda) ed Autorizzo EFEI e STUDIO CASAGNI (per le loro competenze specifiche) ad inserire i presenti dati personali nelle proprie banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum, ecc.), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

_____

luogo, data e firma del richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____

Residente a _____

Via _____ n._____

Tel. _____ e-mail_____ _____

Essendo stato/a informato/a

- **X** dell'identità del titolare del trattamento dei dati
- ◯ dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- ◯ della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- **X** delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- ◯ del diritto alla revoca del consenso

Cosi come indicato dalle lettere a, b, c, d, e , f dell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti dell'art.7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

_____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)