



SCHEDA DI ISCRIZIONE PER AZIENDE E LIBERI PROFESSIONISTI

SALUTE E BENESSERE ORGANIZZATIVO

DAL 6 MARZO 2024 AL 17 APRILE 2024

Compilare tutti i campi in STAMPATELLO ed inviare il modulo a stella.bonato@peoplewellbe.it

	Nome*	Cognome*	Luogo e data di nascita*	Codice fiscale*	Mail*
1					
2					
3					
4					
5					

- Richiediamo i crediti di aggiornamento ASPP, RSPP e Formatore ai sensi del D.Lgs. 81/08 che verranno rilasciati da AiFOS per i seguenti iscritti che si impegnano a frequentare almeno il 90% delle ore del corso e a superamento dell'esame finale":**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

* dati obbligatori

Luogo e data _____

Firma e Timbro Azienda _____

ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE

Ragione sociale azienda /ditta /ente*			
Sede (città)	Provincia*	Via*	Civico*
Cap*	Partita iva*	Codice fiscale*	Codice univoco*
Mail referente fatturazione*		Referente fatturazione*	

* dati obbligatori



QUOTA DI ISCRIZIONE (barrare con una x)

Le iscrizioni si chiuderanno il giorno 4 marzo 2024.

ISCRIZIONE	QUOTA CORSO
<input type="checkbox"/> Quota intera	430,00 € + IVA (PARI A 524,60 €)
<input type="checkbox"/> Socio AiFOS	390,00 € + IVA (PARI A 475,80 €)

Modalità di pagamento:

Bonifico bancario a favore di **PEOPLEwellBe srls** – INTESA SANPAOLO S.P.A. di Brescia
IT43N0306911200100000061453

Causale iscrizione al corso di specializzazione “SALUTE E BENESSERE ORGANIZZATIVO – NOME COGNOME PARTECIPANTE – QUOTA ISCRIZIONE”

È obbligatorio inviare la ricevuta di avvenuto pagamento a stella.bonato@peoplewellbe.it

ANNULLAMENTI

Al raggiungimento del numero minimo di partecipanti verrà inviata un'e-mail di conferma di avvio corso. PEOPLEwellBe srls si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento da parte di PEOPLEellBe srls verrà restituita la quota versata.

DIRITTO DI RECESSO (CONSUMATORI PRIVATI)

Il diritto di recesso si applica **esclusivamente al privato che effettua l'acquisto in qualità di consumatore** ex D.lgs 206/2005 e non a liberi professionisti con P.IVA, aziende e singoli privati che si procurino beni o servizi utili a perfezionare competenze professionali già esistenti o ad acquisirne nuove. Ai sensi dell'art. 59 c. 1, lettera a) del Codice del Consumo (Decreto Legislativo 6 settembre 2005 n.206) così come modificato dal D.Lgs. 21/02/2014, il diritto di recesso non può essere esercitato dopo la completa prestazione del servizio stesso. In questo caso, il consumatore, con la sottoscrizione del presente documento, accetta espressamente di perdere ogni diritto di recesso. Il diritto di recesso sarà quindi esercitabile dal consumatore solo ed esclusivamente nei 14 giorni successivi dall'acquisto del corso in aula, anteriormente all'inizio del corso, tramite apposito modulo, da richiedere alla mail stella.bonato@peoplewellbe.it Il rimborso totale della quota avverrà entro 14 giorni decorrenti dal momento in cui la sede amministrativa ha ricevuto il modulo di richiesta recesso. In caso di disdetta a partire dal 15° giorno dalla data d'acquisto fino al sesto giorno antecedente l'inizio del corso PEOPLEwellBe srls tratterrà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata; nel caso in cui invece la disdetta sia comunicata a partire dal quinto giorno lavorativo precedente l'inizio del corso la sede amministrativa tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

*La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi previsti dal programma del corso. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso.** Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico.*

Luogo e data _____

Firma partecipante _____



INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dei clienti di PEOPLEwellBe S.r.l.s. ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "Regolamento"), questa pagina descrive le modalità di protezione e trattamento dei dati personali nei confronti degli iscritti al corso di specializzazione Salute e Benessere Organizzativo organizzato da PEOPLEwellBe S.r.l.s con il patrocinio di AiFOS – Associazione Italiana Formatori ed Operatori della Sicurezza sul Lavoro. Le presenti informazioni non riguardano altri servizi.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Per qualsiasi dato ricavato a seguito dell'iscrizione al corso sopra elencato, il Titolare del trattamento è la società PEOPLEwellBe S.r.l.s. con sede in Via Monte Santo, 5, a BRESCIA Email: info@peoplewellbe.it PEC: peoplewellbe@pec.it centralino +39 030 13876808.

I dati personali dei corsisti saranno trasferiti, ai fini del rilascio delle attestazioni finali, ad AiFOS - Associazione Italiana Formatori ed Operatori della Sicurezza sul Lavoro con sede in Palazzo CSMT Università degli Studi di Brescia in Via Branze, 45, a BRESCIA Email: segreteria@aifos.it PEC: amministrazione@pec.aifos.it Tel.: +39 030 6595031 che opera in qualità di Autonomo Titolare del trattamento dei dati personali per le finalità di tutela del processo formativo e di conservazione dei titoli formativi raggiunti dal corsista, come meglio specificato nell'informativa completa visionabile sul sito <https://aifos.org/>.

Il Titolare del trattamento garantisce che nell'utilizzo di strumenti informatici e non, non sussistano ingerenze da parte di soggetti terzi altrimenti qualificabili come sub-responsabili; il Titolare autocertifica che la licenza di qualsiasi strumento informatico e non utilizzato per i servizi garantisce accesso esclusivo ai dati ivi depositati ai Titolari stessi e la massima libertà di decidere chi far accedere ai dati e chi escludere.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati personali acquisiti nell'ambito dell'iscrizione al corso di specializzazione Salute e Benessere Organizzativo sono oggetto di trattamento nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza. La Società PEOPLEwellBe S.r.l.s. in qualità di "Titolare del Trattamento", garantisce inoltre che il trattamento avverrà nella massima tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato. Per trattamento di dati si intende qualsiasi operazione compiuta con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicata a dati personali come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Gli interessati hanno il diritto di ottenere da PEOPLEwellBe S.r.l.s., nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza alla società PEOPLEwellBe S.r.l.s. è presentata contattando i responsabili del trattamento dei dati presso PEOPLEwellBe S.r.l.s. email PEOPLEwellBe S.r.l.s.: info@peoplewellbe.it

DIRITTO DI RECLAMO

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato attraverso questo sito avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Con il patrocinio di



DA SOTTOSCRIVERE PER ISCRIZIONE AL CORSO COME AZIENDA:

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) in qualità di **Datore di Lavoro** dichiaro ai sensi dell'art. 47

D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 dichiaro che gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016

Luogo e data _____

Firma e Timbro Azienda _____

DA SOTTOSCRIVERE PER ISCRIZIONE AL CORSO COME LIBERO PROFESSIONISTA:

Il/La sottoscritto/a _____ (nome e cognome) dichiara di aver preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016.

Luogo e data _____

Firma professionista _____

