

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DATI PARTECIPANTE * allegare copia carta di identità

Titolo/i corso/i di interesse	
Cognome e nome	
Nato a	
Il	
Codice Fiscale	
Sesso	
Cittadinanza	
Indirizzo Residenza	
Cap, Città, Prov.	
Telefono	Mail
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Nessun titolo <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media <input type="checkbox"/> Qualifica professionale <input type="checkbox"/> Diploma di scuola media superiore <input type="checkbox"/> Titolo post-diploma non universitario <input type="checkbox"/> Laurea e successive specializzazioni
Inquadramento	<input type="checkbox"/> Operaio generico <input type="checkbox"/> Operaio qualificato <input type="checkbox"/> Impiegato amministrativo e tecnico <input type="checkbox"/> Impiegato direttivo <input type="checkbox"/> Quadro <input type="checkbox"/> Dirigente
Tipologia contrattuale	<input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/> Apprendistato <input type="checkbox"/> Contratto di inserimento lavorativo <input type="checkbox"/> Contratto di lavoro intermittente <input type="checkbox"/> Contratto di lavoro ripartito <input type="checkbox"/> Tipologie contrattuali a progetto e occasionali <input type="checkbox"/> FULL TIME <input type="checkbox"/> PART TIME (INDICARE LA PERCENTUALE DEL PART TIME.....)
Anno di assunzione:	
ASSUNZIONE AI SENSI DELLA LEGGE 68/99:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

HA GIA' PARTECIPATO AD ATTIVITA' FORMATIVE FINANZIATE DA FONDOPROFESSIONI? Sì No

DATI AZIENDA DI APPARTENENZA e LEGALE RAPPRESENTANTE

Ragione Sociale	
Matricola Inps	
Natura Giuridica	
Codice fiscale	
Partita Iva	
Codice Ateco	
CCNL Applicato	<input type="checkbox"/> Studi Professionali <input type="checkbox"/> Altro
Num° Dipendenti	
Data di adesione Fondoprofessioni	Mese Anno
Iscrizione A.F.A.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sede Legale	Via/Cap/Comune/Provincia
Sede Operativa	Via/Cap/Comune/Provincia
Tel/Fax/Mail	
Legale Rappresentante	
Nato a	
Il	
Codice Fiscale	
Residenza	Via/Cap/Comune/Provincia
Documento di identità*	Num°/ Scadenza <i>*Allegare Copia Carta di identità Legale Rappresentante</i>

Lo Studio/azienda si impegna a:

- ✓ aderire al Fondoprofessioni entro la data di inizio del corso e a mantenere l'adesione al Fondo fino alla chiusura delle verifiche rendicontative;
- ✓ garantire la presenza dell/i dipendente/i al corso, salvo disdetta per iscritto entro 15 giorni prima della data del corso;

Nel caso in cui la violazione di uno soltanto degli adempimenti sopra citati comprometta parte (decurtazione) o l'intero finanziamento del corso (revoca), TI.EMME.Consulting Srl si riserva di addebitare allo Studio l'importo decurtato o revocato.

Data, Luogo _____ Firma per accettazione _____