

Brescia, 5 ottobre 2018

Dalle 9:30 alle 18:00 presso REAS – Salone dell’Emergenza
(Centro Fiera Montichiari)

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli a protezionecivile.info@aifos.it o al fax 030.6595040

Il sottoscritto _____ in qualità di legale rappresentante dell’Organizzazione
Cognome e nome

di Protezione Civile denominata _____

con sede a _____
Comune e provincia indirizzo

dichiara che i sig.ri indicati nella tabella sottostante sono volontari operativi dell’Organizzazione sopracitata e richiede la loro iscrizione al corso in oggetto.

Ai sensi degli artt.46/47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, il sottoscritto dichiara inoltre che i candidati sono in possesso dell’idoneità fisica alla mansione.

TABELLA DA COMPILARE CON I DATI DEL 1° PARTECIPANTE:	
NOME:	
COGNOME:	
DATA DI NASCITA:	
LUOGO DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:	
INDIRIZZO E-MAIL:	
TELEFONO CELLULARE:	
UTILIZZA GIÀ LA PLE SU STABILIZZATORI?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
SE SÌ, DA QUANTI ANNI LA UTILIZZA?	
INDICARE LE CATEGORIE DI PATENTE CHE IL CANDIDATO POSSIEDE:	
INDICARE CON UNA 'X' QUALI DI QUESTI CORSI HA GIÀ SVOLTO:	<input type="checkbox"/> LAVORI IN QUOTA <input type="checkbox"/> PRIMO SOCCORSO <input type="checkbox"/> ANTINCENDIO <input type="checkbox"/> SEGNALETICA STRADALE <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> ATTREZZATURE: _____ (indicare quali)

Brescia, 5 ottobre 2018

Dalle 9:30 alle 18:00 presso REAS – Salone dell’Emergenza
(Centro Fiera Montichiari)

TABELLA DA COMPILARE CON I DATI DEL 2° PARTECIPANTE:	
NOME:	
COGNOME:	
DATA DI NASCITA:	
LUOGO DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:	
INDIRIZZO E-MAIL:	
TELEFONO CELLULARE:	
UTILIZZA GIÀ LA PLE SU STABILIZZATORI?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
SE SÌ, DA QUANTI ANNI LA UTILIZZA?	
INDICARE LE CATEGORIE DI PATENTE CHE IL CANDIDATO POSSIEDE:	
INDICARE CON UNA 'X' QUALI DI QUESTI CORSI HA GIÀ SVOLTO:	<input type="checkbox"/> LAVORI IN QUOTA <input type="checkbox"/> PRIMO SOCCORSO <input type="checkbox"/> ANTINCENDIO <input type="checkbox"/> SEGNALETICA STRADALE <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> ATTREZZATURE: _____ (indicare quali)

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016 - ESTRATTO

Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell’informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: AiFOS, quale garante del processo formativo, è responsabile dell’archiviazione e della conservazione per almeno 30 anni, dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare tutti previsti dal D.Lgs 81/08) attestanti la corretta esecuzione del progetto formativo. Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa e all’RPF che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e all’effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all’organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi). Ulteriori finalità della sede amministrativa e dell’RPF saranno specificate in altra informativa. In qualità di legale rappresentante dell’Organizzazione di Protezione Civile, titolare del trattamento dei dati personali dei propri dipendenti e collaboratori, anche nel caso in cui, con atto a parte, ho nominato la sede amministrativa o il RPF Responsabile del trattamento ai sensi dell’art. 28 Reg. 679/2016, autorizzo il trasferimento dei dati ad AiFOS quale titolare autonomo per finalità di garanzia del processo formativo, archiviazione e conservazione come sopra riportato.

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) in qualità di legale rappresentante dell’Organizzazione di Protezione Civile dichiaro ai sensi dell’art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

- Gli iscritti sono in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso Luogo e data _____ Firma _____
- Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 Luogo e data _____ Firma _____

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17.1X	02	29/06/2018	2/3

Brescia, 5 ottobre 2018

Dalle 9:30 alle 18:00 presso REAS – Salone dell’Emergenza
(Centro Fiera Montichiari)

CRITERI DI SELEZIONE DEI PARTECIPANTI:

Per la partecipazione al corso è necessario:

- essere maggiorenni;
- aver frequentato il “Corso Base per Operatori Volontari di Protezione Civile (A1-01)”, della durata minima di 16 ore e riconosciuto dalla Scuola Superiore di Protezione Civile della regione Lombardia - Polis ed **inviarne l’attestato**.
N.B. Tale requisito è richiesto esclusivamente per i corsisti provenienti dalla Lombardia.

Il corso è a numero chiuso (massimo 12 partecipanti).

Per ogni Organizzazione di Protezione Civile vengono accettate un massimo di due richieste di iscrizione.

Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico e in base ai seguenti requisiti preferenziali:

- volontari operativi di Organizzazioni di Protezione Civile aventi sede in Lombardia, con precedenza alla provincia di Brescia;
- corsi di formazione già svolti dal candidato ed indicati nella tabella sovrastante;
- categorie di patente che il candidato possiede;
- numero di volontari già abilitati all’utilizzo del corso in oggetto che operano all’interno dell’Organizzazione di Protezione Civile.

La commissione, a giudizio insindacabile, selezionerà i 12 partecipanti sulla base delle indicazioni riportate in tabella e delle richieste d’iscrizione ricevute.

N.B. Ai fini del poter operare sarà poi necessario frequentare un corso di formazione e addestramento riguardante i DPI di Terza categoria Lavori in quota comprensivo di parte pratica della durata di almeno 4 ore.

ATTENZIONE: Indicare quanti volontari operativi dell’Organizzazione sono già in possesso dell’abilitazione per l’utilizzo dell’escavatore idraulico ai sensi dell’Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2012: _____

ESTREMI RELATIVI ALL’EMISSIONE DI RICEVUTA O FATTURA

Ragione sociale azienda / ditta / ente

Con sede a (città e provincia)

via

n. civico

cap

Tel. Fisso

mail @ (del referente per la fatturazione)

Partita Iva / C.F.

Referente per la fatturazione (nome e cognome)

CONDIZIONI DI ISCRIZIONI AL CORSO

Per la partecipazione al corso è richiesto il pagamento della **quota d’iscrizione di € 30,00 + IVA (a partecipante)**

Il pagamento dovrà essere effettuato a ricezione della conferma di selezione dei partecipanti.

Modalità di pagamento: indicare con una X la forma di pagamento scelta

Accredito bancario a favore di **Aifos Protezione Civile – Banca MPS – IBAN IT 95 J 01030 11200 000063154542**

Causale iscrizione “**PLE – NOME PARTECIPANTE**”

Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura. Codice Univoco _____ CIG (se presente): _____

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.** La sede amministrativa 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 verrà restituita l’intera quota versata. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, la sede amministrativa tratterà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi la sede amministrativa tratterà e fatturerà l’intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma _____

Aifos Protezione Civile, Via Branze n. 45 Brescia

030.6595235 protezionecivile@aifos.it

R.P.F.: Silvana Bresciani

P.I./CF 03150160988

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17.1X	02	29/06/2018	3/3