

## SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTE

### JOB ACT lavoro autonomo Novità per i professionisti implicazioni in tema di salute e sicurezza

**Bolzano – 21 settembre 2017- orario 14.00 - 18.00**

**Se stampato, si prega di compilare in stampatello**

Da inviare a Training Impr. Soc. Srl - Segreteria organizzativa  
[training@ades81.it](mailto:training@ades81.it) - 0471252642

Cognome  Nome

Nato/a a  Prov.  il

Residente  Cap  Via  N°

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail  Tel.  Fax

**DATI FATTURAZIONE (se diversi da sopra) o Azienda di riferimento se dipendente**

Azienda

Indirizzo  Prov.  Codice Ateco

Persona di riferimento Cognome e nome  Ruolo

e-mail  Tel.  Fax

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Socio o equiparato : SI  importo €0

NO  importo € 50,00 + IVA = 61.00

#### Modalità di pagamento

Versamento: a TRAINING Impresa Sociale Srl - Cassa Rurale di Bolzano BZ-SUD - IBAN: IT 31L 08081 11603 000303029468-  
Causale: indicare Nome\_Convegno 21 aprile 2016

La sottoscrizione ed invio del presente modulo, costituisce autorizzazione alla conservazione e trattamento dei dati personali da parte di ADES e di Training Impr. Soc. per le finalità previste dalle norme e connesse alla gestione dei rapporti fra le parti, compresa l'invio di informative inerenti le finalità associative.

Allego Copia Bonifico

.....  Firma

- Sono venuto a conoscenza del corso tramite
- Vostro mailing
  - Vostro sito
  - Vostro socio (indicare Nome e cognome)
  - Altro: Specificare