



Inn. Form. (Innovazione, Formazione & Ricerca per la PMI)

RICHIESTA DI ASSOCIAZIONE AD INN.FORM. per Iscrizione Corsi Fitofarmaci

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

Partita IVA: _____ CF: _____

Nato a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n. _____ CAP. _____

Telefono e cellulare (obbligatorio) _____

@-Mail (obbligatorio) _____

DATI IDENTIFICATIVI

[] ditta individuale [] società

Denominazione: _____

Partita IVA: _____ CF: _____

Indirizzo Sede: _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n. _____ CAP. _____

CODICE DESTINATARIO: _____

PEC: _____ E-mail _____

CHIEDE DI ESSERE ASSOCIATO ALLA INN.FORM. PER:

PARTECIPARE al CORSO di FORMAZIONE per il RILASCIO

del certificato di abilitazione all'acquisto ed all'utilizzo dei prodotti fitosanitari, ai sensi del D.lgs 14/08/2012, n. 150

Riservato a coloro che presentano la domanda per la prima volta e a coloro che presentano la domanda di rinnovo oltre i 6 mesi dalla data di scadenza della precedente autorizzazione.

Allega n. 2 foto formato tessera uguali e recenti, copia del Documento di Identità in corso di validità e del Cod. Fisc.

PARTECIPARE al CORSO di FORMAZIONE per il RINNOVO

del certificato di abilitazione all'acquisto ed all'utilizzo dei prodotti fitosanitari, ai sensi del D.lgs 14/08/2012, n. 150

Riservato a coloro che sono già in possesso dell'autorizzazione all'acquisto dei prodotti fitosanitari e che presentano la domanda di rinnovo entro 6 mesi dalla data di scadenza della precedente autorizzazione.

Allega n. 2 fotografie formato tessera uguali e recenti e una copia del documento di riconoscimento in corso di validità, copia del codice fiscale e tesserino originale scaduto o in scadenza.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

- di non aver presentato domanda presso aree decentrate agricoltura della direzione regionale agricoltura, caccia e pesca e/o altri enti formativi.

E SI IMPEGNA

A versare il contributo di partecipazione al corso nelle modalità che verranno indicate

(Luogo) _____ (), li ____/____/____ (firma) _____

L'Inn. Form. (di seguito Ente) ed il sottoscrittore della presente richiesta (di seguito indicato come Richiedente) si impegnano ed obbligano alle seguenti condizioni. Con la sottoscrizione del presente modulo, il Richiedente chiede, per sé, il corso su indicato ed il materiale che verrà messo a sua disposizione. La Richiesta si intende perfezionata al momento della ricezione, da parte dell'Ente, del presente modulo debitamente compilato.

1) Condizioni della Richiesta. La sottoscrizione del modulo obbliga al versamento dell'intera quota di partecipazione al corso.

Il mancato versamento della quota da parte del Richiedente impedirà la partecipazione al corso; tuttavia la richiesta rimarrà perfettamente valida e vincolante tra le parti. La quota del corso comprende l'invio di un username e password per poter accedere al corso tramite la piattaforma dell'Ente. Al termine del corso al partecipante, che avrà seguito e



Certificazione Iso 9001-2015

ENTE ACCREDITATO
Settore Fitosanitario
Determina Regione Lazio
N. G 05337 del 30/04/2015



Ente Paritetico



Min. d. Salute



Ente Bilaterale



E. P. N



Inn. Form. (Innovazione, Formazione & Ricerca per la PMI)

superato la verifica finale, verrà rilasciato l'Attestato di frequenza. L'Ente si impegna ad organizzare e svolgere il corso come da Normativa Vigente e da nota informativa ricevuta unitamente allo stesso e che si intende visionata ed espressamente approvata dal Richiedente. Il Richiedente dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei requisiti necessari a partecipare al corso e inoltre esonera espressamente l'Inn. Form. da ogni tipo di responsabilità in ordine alla utilizzabilità e/o validità e/o sanzioni conseguenti all'utilizzo del titolo conseguito.

2) **Validità della Richiesta.** L'iscrizione al corso si intende perfezionata con la firma della presente richiesta ed è vincolante a tutti gli effetti di legge. Con la firma, della presente richiesta, il Richiedente si impegna a corrispondere integralmente il prezzo pattuito.

Si ritiene valida anche la spedizione via informatica.

3) **Foro competente.** Per qualsiasi controversia le parti dichiarano che il Foro competente sarà quello di Rieti (RI).

4) **Recesso.** Il Richiedente, sia esso libero professionista, azienda o consumatore, potrà recedere entro 10 giorni dalla sottoscrizione della presente richiesta con PEC o Raccomandata A/R indirizzata alla sede legale dell'Inn.Form. Via degli Archi, 6 02049 Torri in Sabina (RI) info@pec.innform.it. Tale comunicazione potrà essere effettuata, entro lo stesso termine. In ogni caso il recesso non potrà essere esercitato nel caso in cui le prestazioni abbiano avuto inizio. Il presente rapporto formativo avviene nel rispetto della normativa di cui al D.Lgs. 206/05 solo ed in quanto applicabile.

Si, voglio iscrivermi al corso e, ai sensi dell'art. 1341 c.c., approvo ed accetto espressamente tutte le clausole di cui ai numeri 1 (condizioni della Richiesta), 2 (validità della Richiesta), 3 (foro competente), 4 (recesso).

Data _____ Firma (leggibile) _____

Segue Informativa ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679 – GDPR)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – SERVIZI FORMATIVI

(ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679 – GDPR))

La presente Informativa descrive le modalità di trattamento dei dati personali relativi alle persone fisiche che aderiscono alla Associazione **Inn. Form.** e partecipano poi alle iniziative formative organizzate dalla stessa **Inn. Form.**

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati personali forniti dagli utenti che richiedono di associarsi per l'iscrizione alle iniziative formative organizzate dalla **Inn. Form.** sono utilizzati al fine di eseguire il servizio richiesto e sono comunicati a terzi solo se questo è necessario alla realizzazione dell'iniziativa stessa (es. enti partner, docenti, ecc.). Si specifica che per i "Corsi per il rilascio e il rinnovo delle abilitazioni all'utilizzo delle attrezzature da lavoro e per la sicurezza aziendale" i dati personali vengono comunicati agli Enti Bilaterali - Organismi Paritetici, che curano il rilascio di tali abilitazioni certificate, ai sensi della legislazione vigente.

I dati raccolti vengono utilizzati dalla **Inn. Form.**, nel rispetto delle norme di riferimento, principalmente per le seguenti finalità:

- 1) garantire l'adesione alla Associazione **Inn. Form.** Per l'anno solare in corso;
- 2) la partecipazione ai corsi di formazione in tutte le fasi (iscrizione, erogazione, rilascio attestati);
- 3) predisporre nuovi corsi rispondenti ai fabbisogni formativi;
- 4) elaborare in forma statistica dati anonimi e aggregati per monitorare e migliorare l'andamento del servizio formativo.

In aggiunta, solo a seguito di consenso libero e informato espresso da parte dell'utente nella sezione "ALTRE FINALITÀ",* **Inn. Form.** tratterà i dati forniti per inviare comunicazioni relative a nuove iniziative formative in programma, eventi organizzati dalla **Inn. Form.** mediante i canali riportati.

TIPOLOGIA DEI DATI TRATTATI

I dati trattati sono quelli forniti direttamente dall'utente in sede di richiesta di iscrizione alla Associazione ed ai corsi o in occasione di eventi. Si tratta di dati personali identificativi; dati personali di identificazione elettronica; dati di contatto; istruzione e formazione; settore produttivo di riferimento; attività ricreative e interessi; affiliazione.

NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL TRATTAMENTO

Il conferimento dei dati è facoltativo; tuttavia il mancato conferimento degli stessi impedisce l'adempimento della richiesta di iscrizione.

Il mancato consenso al trattamento dei dati per "ALTRE FINALITÀ",* così come riportato nella seguente sezione, determina l'impossibilità di inviare all'utente le comunicazioni relative a corsi e altre iniziative organizzate.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali viene realizzato mediante procedure cartacee ed elettroniche, atte a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

MODIFICHE

La presente informativa potrà essere modificata in parte o completamente, anche a causa di variazioni della normativa applicabile.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Gli utenti interessati hanno i diritti di cui all'art. 15 GDPR e, ove applicabili, i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR, nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante. Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare ai recapiti riportati nel seguente paragrafo.

CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali conferiti saranno conservati dalla **Inn. Form.** fino a dieci anni oppure non oltre i limiti per l'accertamento imposti dalla legge alle autorità di controllo. I dati personali di cui l'eventuale consenso per attività di comunicazione e marketing sino alla data di recesso del consenso eventualmente prestato.

TITOLARE E CONTITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è l'**Inn. Form.** (Innovazione, Formazione & Ricerca per la PMI) Dati di contatto : Via Degli Archi 6 | tel. diretto: 0765/62370 – 0765/680791 | e-mail: innform@agroantellini.it | web: www.innform.it | Fb: www.facebook.com/InnForm

- L'iscrizione si considera definitiva solo con l'avvenuto pagamento della quota.

MEDOTI DI PAGAMENTO ACCETTATI:

CONTANTE

BONIFICO: presso Agenzia di Passo Corese (RI) della BANCA BPER

C. C. n° 000160658 – IBAN: IT25W053877362000000160658 - BIC (Codice swift) BPMOIT22XXX intestato a INNFORM

*ALTRE FINALITÀ - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ho preso atto dello Statuto dell'Associazione **Inn. Form.** e di tutta l'Informativa che ne segue, approvo le finalità ed acconsento ad essere aggiornato in merito a quanto sopra mediante uno o più dei seguenti strumenti (scegliere quale):

posta elettronica

SMS

iscrizione newsletter

(Luogo) _____ () data ____/____/____ (Firma) _____



Certificazione Iso 9001-2015

ENTE ACCREDITATO
Settore Fitosanitario
Determina Regione Lazio
N. G 05337 del 30/04/2015



Ente Paritetico



Min. d. Salute



Ente Bilaterale



E. P. N