

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA (PDF scrivibile)**

- 1) Scaricare il modello sul proprio PC
- 2) Passare leggermente il mouse sul campo da compilare; appariranno delle indicazioni sintetiche sulle informazioni da fornire
- 3) Cliccare una/due volte sul campo da compilare
- 4) Compilare il modello con tutte le informazioni richieste

Spett.le **SMART LAB S.R.L.**

Via Calle del Porto, Torre B, Manfredonia (FG)

P.IVA 04135140715

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Titolo Studio \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**FATTURA DA INTESTARE A**

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Part. IVA \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ Codice Univoco \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto al corso:

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>O.S.S. – Operatore Socio Sanitario</b>	Costo: euro <b>2.500,00</b>
-------------------------------------	---	-----------------------------

**DICHIARANDO** a tal fine di essere a conoscenza che, per lo svolgimento di tirocini in strutture di carattere socio-sanitarie, dovrà produrre a propria cura e spese:

- idoneità allo svolgimento della specifica mansione rilasciata da Medico Competente
- esami clinici ed ematologici secondo i protocolli delle strutture ospitanti, attestanti il buon stato di salute
- vaccinazioni come richieste dalle strutture ospitanti.

Sollevando la SMART LAB S.R.L. da ogni responsabilità per eventuali non conformità, inadempienze o inadeguatezze.

Data \_\_\_\_\_ Firma per presa visione e accettazione \_\_\_\_\_

**Gruppo WhatsApp**

L'organizzazione si riserva la possibilità di creare un gruppo WhatsApp da utilizzare per la sola comunicazione agli iscritti di novità e/o aggiornamenti sul tema o su altre iniziative aziendali.

Esprimo il mio consenso all'inserimento in questo gruppo.

SI NO

A conferma della propria iscrizione

Versa la somma di € \_\_\_\_\_ a mezzo \_\_\_\_\_ quale \_\_\_\_\_

Per la rateizzazione della quota di iscrizione contattare la sede di riferimento (Manfredonia: 0884 538360 - 392 5085985)

In caso di BONIFICO, il versamento può essere effettuato con le seguenti indicazioni:

INTESTAZIONE **SMART LAB S.R.L.** – IBAN **IT 82Y0200878451000104740959**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Modalità di iscrizione

L'iscrizione si intende perfezionata al momento del ricevimento, da parte della SMART LAB S.R.L., del pagamento dell'iscrizione e della presente scheda - da inviarsi per posta oppure a mezzo mail (info@coworkingsmartlab.com) – debitamente compilata in tutte le sue parti e sottoscritta per accettazione.

La SMART LAB S.R.L. si riserva comunque la facoltà di annullare i corsi in programmazione nel caso in cui non venisse raggiunto il numero minimo di partecipanti. In tal caso si provvederà alla restituzione delle somme eventualmente versate.

Informazioni in merito saranno comunicate ai singoli partecipanti prima dell'inizio del corso.

### Modalità di disdetta

È attribuito a ciascun partecipante il diritto di recedere ai sensi dell'art. 1373 Cod. Civ., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare a mezzo mail (info@coworkingsmartlab.com) e potrà essere esercitato con le seguenti modalità:

- fino a 10 giorni lavorativi (compreso il sabato) prima dell'inizio del corso il partecipante potrà recedere senza dovere alcun corrispettivo alla SMART LAB S.R.L., che pertanto provvederà al rimborso dell'intera tassa e/o quota di iscrizione, se già versate;
- oltre il termine di cui sopra e fino al giorno di inizio del corso, il partecipante potrà recedere pagando un corrispettivo pari alla tassa di iscrizione, che potrà essere trattenuta direttamente dalla SMART LAB S.R.L., qualora già versata.
- una volta iniziato il corso, in caso di recesso, il partecipante è tenuto a versare interamente sia tassa che quota di iscrizione. La SMART LAB S.R.L. provvederà ad emettere la relativa fattura.

Ai sensi dell'Art.1341 C.C. approvo espressamente la clausola relativa alla disdetta.

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Di avere preso visione delle clausole contrattuali del Corso ed in particolare delle modalità di disdetta

Di essere a conoscenza che l'eventuale rinuncia al Corso non dà diritto alla restituzione di tassa e quota di Iscrizione

Di essere a conoscenza che l'eventuale esame finale si svolgerà unicamente presso la stessa sede di svolgimento del Corso oppure, in caso di corso on line, con le modalità indicate volta per volta in funzione del tipo di Corso

Di essere a conoscenza che l'ammissione all'eventuale esame finale è subordinata alla frequenza delle ore minime previste

Di essere a conoscenza che durante il periodo di frequenza dovrà provvedere in proprio all'alloggio, al vitto e al trasporto

Di essere a conoscenza che l'iscrizione si intenderà perfezionata al momento del pagamento – prima dell'avvio del Corso e

salvo diverse indicazioni della SMART LAB S.R.L. e/o salvo eventuale rateizzazione delle somme dovute – della intera quota

di Iscrizione a mezzo contanti o bonifico (IBAN: IT 82Y02 00878 45100 01047 40959) con l'indicazione, oltre al nome e

cognome del candidato, della causale

Quota di Iscrizione al Corso \_\_\_\_\_ e al

corso Qualifica di Operatore Socio-Sanitario Regione Puglia»

e inviando la ricevuta di pagamento alla Segreteria del Corso.

Di essere a conoscenza che, nel caso di attivazione di procedure di copertura dei costi di iscrizione con i fondi

interprofessionali e/o con altre fonti, qualora l'esito delle istruttorie risulti essere negativo per cause non imputabili alla

SMART LAB S.R.L., (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: dimissioni o licenziamento dell'allieva/o, mancato rispetto dei

termini di consegna e/o firma documenti, DURC non regolare, ecc.) saranno comunque dovute per intero, a carico del

sottoscrittore della scheda di iscrizione, sia la tassa che la quota di iscrizione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Tutela della privacy

I dati raccolti saranno trattati (ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679) al solo fine di prestare il servizio in oggetto e della creazione di un indirizzario da utilizzare - con modalità cartacee o informatizzate strettamente necessarie a tale scopo – per informarla (a mezzo mail, posta o telefono) circa le iniziative/opportunità di Suo potenziale interesse, compresa l'offerta di prodotti e servizi della SMART LAB S.R.L.

Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza, tuttavia, non sarà possibile perseguire il fine suddetto.

I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi in alcun caso.

Titolare del trattamento è la SMART LAB S.R.L. - Via Calle del Porto, Torre B snc - 71043 Manfredonia (FG) - Tel 0884 538360

email: [info@coworkingsmartlab.com](mailto:info@coworkingsmartlab.com) – pec: [smartlabsrl.manfredonia@pec.it](mailto:smartlabsrl.manfredonia@pec.it)

In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui agli artt.15÷22 del Regolamento UE 2016/679 (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione al trattamento, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente alla SMART LAB S.R.L.

Approvo espressamente la clausola relativa al trattamento dei dati.

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_