



ORGANISMO DI MEDIAZIONE – ISCRIZIONE MINISTERO DELLA GIUSTIZIA N.549
ENTE DI FORMAZIONE – ISCRIZIONE MINISTERO DELLA GIUSTIZIA N.294
CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9001:2015 – Certificato n.1134
ACCREDITATO ALLA REGIONE LOMBARDIA PER I SERVIZI FORMATIVI N.949

Via Oldofredi 9 – 20124 Milano
Telefono +39.02.67.07.18.77 – Fax +39.02.66.71.56.81
e-mail info@istitutoicaf.it – www.istitutoicaf.it
P.IVA 07378830967

MODELLO ISCRIZIONE

Corso di ripasso e potenziamento AREA FISCALE per agenti immobiliari

__I__ sottoscritta _____
Cognome e nome

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

L'iscrizione al corso: CORSO DI RIPASSO E POTENZIAMENTO AREA FISCALE PER AGENTI IMMOBILIARI (03 ORE)

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara di:

- essere nato/a a _____ Prov: _____ il _____
- essere cittadino/a italiano altro (indicare lo Stato) _____
- essere residente a _____ (Provincia _____) CAP _____
in Via/Piazza _____ (N. _____)
- telefono _____ Cellulare _____
- e_mail _____
- altri recapiti (specificare) _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ idoneo alla partecipazione al corso
- di essere iscritto al seguente albo/ordine professionale _____ idoneo alla partecipazione al corso

Dichiara inoltre di essere stato informato che la quota d'iscrizione per il corso è pari a Euro 122/00 esente IVA art.10 p.20 in quanto erogato direttamente da Ente di Formazione Accreditato presso il Ministero della Giustizia.

La quota di iscrizione verrà versata con la seguente modalità:

- rata unica €.122,00 all'iscrizione
- rata unica €.99,00 all'iscrizione (corsisti e clienti ICAF)
- rata unica €.77,00 all'iscrizione (Registro; IGM; ICAF; Gabetti)
- rata unica €.77,00 all'iscrizione (corsisti che hanno seguito corso agente immobiliare ICAF)

La quota d'iscrizione è rimborsabile solo se il corso non viene attivato per il mancato numero minimo di iscritti. **L'avvio del corso potrà essere prorogato salvo preavviso da parte di ICAF.**

Coordinate per il versamento:

IBAN IT59C0837401600000016750897

Intestato a: ICAF - Istituto di Conciliazione e Alta Formazione srl

Presso: SOCIETÀ DI CREDITO COOPERATIVO DI BARLASSINA (MI) SCRL

INDICARE DI SEGUITO I DATI PER LA FATTURAZIONE:

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO (VIA, NUMERO CIVICO, CITTA', CAP): _____

PARTITA IVA / CODICE FISCALE: _____

CODICE DESTINATARIO E/O PEC: _____

Edizione del corso: 25 maggio 2023 (orario 09:30 > 12:30)

*Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali n.2016/679 e nel rispetto del "Considerando 32", il sottoscritto rilascia a ICAF il consenso al trattamento dei propri dati personali. **Il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Le forniamo quindi le seguenti informazioni:***

- I dati da Lei spontaneamente forniti verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, per finalità istituzionali connesse o strumentali all'attività di ICAF, per sottoporre alla Sua attenzione materiale informativo, pubblicitario o promozionale esclusivamente da parte di ICAF
- Il trattamento sarà effettuato attraverso modalità cartacee e/o informatizzate.
- Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, indirizzo di posta elettronica è obbligatorio, al fine di poterLe offrire il servizio di informazioni da Lei richiesto ed ha altresì lo scopo di informarLa ed aggiornarLa sull'attività di ICAF srl.
- Il titolare del trattamento è ICAF – ISTITUTO DI CONCILIAZIONE E ALTA FORMAZIONE srl, con sede legale in Milano, via Oldofredi n.9, partita iva 07378830967
- In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, in particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla; di ottenere la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati; l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni predette sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Data ____/____/____ Firma _____

Il presente documento, la ricevuta di versamento e l'allegato sottostante dovranno essere inoltrati a mezzo email a formazione@istitutoicaf.it.

PATTO FORMATIVO

ICAF - Istituto di Conciliazione e Alta Formazione è una società che si occupa di formazione e di conciliazione fondata da professionisti che hanno maturato una pluriennale esperienza in questo settore.

ICAF si impegna:

1) ad erogare un corso di ripasso e potenziamento AREA FISCALE per agenti immobiliari di ore 03 in WEBINAR nelle seguenti date e nei seguenti date e orari:

25 maggio 2023 – dalle ore 09:30 alle ore 12:30

2) ad avvisare i corsisti, a mezzo email o telefono, prima dell'inizio del corso, nel caso ci fossero variazioni di date e orari;

3) ad utilizzare docenti competenti ed esperti delle materie trattate;

4) ad utilizzare aule e strumentazioni idonee;

5) a fornire ai corsisti a fine corso materiali/dispense sugli argomenti trattati in formato cartaceo o elettronico;

6) a trattare gli argomenti così come da programma durante le ore di erogazione del corso;

7) a rilasciare un attestato a coloro che ne faranno richiesta;

Il corsista si impegna a:

1) presentarsi al corso nelle date e agli orari stabiliti;

2) avvertire di eventuali ritardi o assenze;

3) tenere un comportamento corretto e rispettoso;

4) firmare il registro in entrata e in uscita;

5) compilare i moduli richiesti;

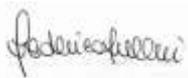
6) rispondere ai questionari che verranno somministrati

7) prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per questioni amministrative e di comunicazione esclusivamente da parte di ICAF

Il corsista – FIRMA

.....

Il coordinatore / tutor



Il Direttore

