



Accreditamento Regione Lombardia per i servizi formativi n.949
Accreditamento Regione Lombardia per i servizi al lavoro n.435
Ente con SGQ certificato ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015 – n.1134

sede legale: via Oldofredi 9 - 20124 Milano | t 02.67.07.18.77 | formazione@istitutoicaf.it | istitutoicaf@pec.it | p.iva 07378830967 | istitutoicaf.it

MODULO D'ISCRIZIONE

Corso Agente e Rappresentante di Commercio ed.3/2026 MILANO

__|__ sottoscritt _____
Cognome e nome

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

CHIEDE

L'iscrizione al corso: AGENTE E RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO ED.3/2026 MILANO (130 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

Ulteriori informazioni richieste da Regione Lombardia – Attuale condizione lavorativa / professionale:

- Inoccupato/a (in cerca di prima occupazione)
- Occupato/a (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica, chi è in CIG, studenti/lavoratori, imprenditore, libero professionista, titolare di partita IVA)
- Disoccupato/a alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- Studente
- Inattivo/a diverso da studente (casalingo/a, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

Dichiara inoltre di essere stato informato che la quota d'iscrizione per il corso è pari a Euro 792,00 esente IVA art.10 comma 20 - DPR 633/72 compresa marca da bollo di 2,00 €, in quanto erogato direttamente da Ente di Formazione Accreditato presso il Ministero della Giustizia.

La quota di iscrizione verrà versata con la seguente modalità (bonifico bancario, assegno / contanti / POS):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>rata unica</i> | €.792,00 <i>all'iscrizione</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>due rate</i> | €.300,00 <i>all'iscrizione + 492,00 € entro inizio corso</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>rata unica</i> | €.692,00 <i>all'iscrizione (under30 / iscrizioni di 3 persone / IGM / ICAF / Registro)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>due rate</i> | €.300,00 <i>all'iscrizione + 392,00 € entro inizio corso</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>rata unica</i> | €.592,00 <i>all'iscrizione (disoccupanti non GOL)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>due rate</i> | €.300,00 <i>all'iscrizione + 492,00 € entro inizio corso</i> |

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 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 UNIVOCO E/O PEC: _____

IMPORTANTE

Per iscriversi, è necessario inviare tramite email all'indirizzo formazione@istitutoicaf.it o consegna a mano presso la sede di Milano - via Oldofredi 9, la seguente documentazione:

- modulo di iscrizione debitamente compilato e sottoscritto
- ricevuta dell'avvenuto bonifico
- copia carta d'identità, copia codice fiscale
- copia titolo di studio (scuola media)

I cittadini stranieri, oltre al materiale descritto, sono tenuti ad inviare anche:

- copia permesso di soggiorno, fotocopia titolo di studio e traduzione asseverata (per i cittadini comunitari)
- copia titolo di studio, traduzione asseverata e dichiarazione di valore rilasciata dal consolato o ambasciata italiana del Paese in cui è stato conseguito il titolo di studio (cittadini extracomunitari o italiani che abbiano studiato in uno Stato extracomunitario)

Edizione del corso: MAG > LUG 2026

Dichiaro inoltre di aver inteso le informazioni del presente documento e di aver inserito spontaneamente tutti i dati e le informazioni contenute all'interno del presente modulo.

Data ____/____/____ Firma _____

PRIVACY

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.

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.

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.

AUTORIZZO

Data ____/____/____ Firma _____

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 e ICAF ADR srl.

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 e ICAF ADR 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.

AUTORIZZO

Data ____/____/____ Firma _____

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 Agente e Rappresentante di Commercio di ore 130 presso la sede centrale di ICAF, via Oldofredi n.9 – Milano e in WEBINAR nelle date e negli orari specificati nel programma allegato (settembre > novembre 2026).*
- 2) ad avvisare tempestivamente i corsisti, a mezzo email o telefono, nel caso ci fossero variazioni di date, orari e docenti, dovute a causa di forza maggiore;*
- 3) ad utilizzare docenti competenti ed esperti delle materie trattate;*
- 4) ad utilizzare aule e strumentazioni idonee;*
- 5) a fornire ai corsisti materiale sugli argomenti trattati in formato cartaceo e/o elettronico; eventuale materiale non previsto potrà essere inviato dalla segreteria solo se espressamente autorizzato dal docente;*
- 6) a trattare gli argomenti così come riportati nel “programma del corso” durante le ore di erogazione del corso;*
- 7) a rilasciare una dichiarazione a coloro che avranno frequentato almeno l’80% delle ore del corso;*
Oppure a rilasciare un attestato di sola frequenza con il numero delle ore a coloro che frequentano il corso per approfondimento professionale / personale ma che non intendono sostenere l’esame finale.

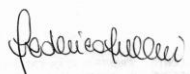
Il corsista si impegna a:

- 1) presentarsi al corso nelle date e agli orari stabiliti;*
- 2) avvertire di eventuali ritardi o assenze;*
- 3) tenere un comportamento corretto e rispettoso con ambiente, docenti, personale di segreteria, altri corsisti;*
- 4) a firmare il registro in entrata e in uscita; scaricare e attivare app FIRMALOM per validare la presenza;*
- 5) a compilare i moduli richiesti;*
- 6) a 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

.....

Il coordinatore / tutor



Il Direttore dell’Ente di Formazione

