

<b>SOGGETTO ATTUATORE</b> Ecipar srl Via Vincenzo Monti, 19/1 42122 Reggio Emilia	Cod. Org. 209	<b>OPERAZIONE RIF. PA 2019-17004/RER "FORMAZIONE DELL'ISPETTORE DEI CENTRI DI CONTROLLO PRIVATI PER LA REVISIONE PERIODICA DEI VEICOLI A MOTORE E DEI LORO RIMORCHI"</b> , attività autorizzata dalla Regione Emilia Romagna con riferimento alla determinazione dirigenziale n° 7332 del 20/04/2022 – DGR 460/2019
		<b>PROGETTO 2 "CORSO DI AGGIORNAMENTO PER ISPETTORE DEI CENTRI DI CONTROLLO PRIVATI PER LA REVISIONE PERIODICA DEI VEICOLI A MOTORE E DEI LORO RIMORCHI"</b>

**DATI DEL PARTECIPANTE**

Nome	Cognome
------	---------

Data di Nascita	Luogo	Pr
-----------------	-------	----

Codice fiscale	Sesso M F	Cittadinanza	Email
----------------	--------------	--------------	-------

**Residenza:**

Indirizzo	CAP	Comune	Pr
-----------	-----	--------	----

**Domicilio, se diverso dalla residenza:**

Indirizzo	CAP	Comune	Pr
-----------	-----	--------	----

**Recapiti telefonici:**

Cellulare	Telefono
-----------	----------

**Condizione occupazionale:**

**Titolo di studio:**

09	Occupato alle dipendenze (barrare una delle opzioni)	0	Non previsto
	<input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato – tempo pieno	01	Nessun titolo o licenza elementare
	<input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato – tempo pieno	02	Licenza media o superamento biennio superiore
	<input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato – part time	03	Assolvimento dell'obbligo scolastico
	<input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato – part time	04	Diploma di qualifica (tramite istituto professionale)
10	Occupato con contratto a causa mista (Apprendistato)		
11	Occupato autonomo	05	Qualifica professionale di 1° livello, corsi regionali
	<b>Ruolo in azienda:</b>	06	Qualifica acquisita tramite apprendistato
	<b>Anno di assunzione:</b>	07	Diploma di maturità
	<b>Area funzionale di appartenenza:</b>	08	Qualifica professionale post-diploma
	<input type="checkbox"/> direzione <input type="checkbox"/> amministrazione <input type="checkbox"/> commerciale <input type="checkbox"/> servizi interni <input type="checkbox"/> produzione <input type="checkbox"/> segreteria <input type="checkbox"/> altro _____	09	Certificato di specializzazione tecnica superiore
	<b>Livello CCNL:</b> 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°	10	Diploma universitario o Laurea Base (laurea triennale)
	<b>Inquadramento:</b>	11	Master post laurea di base
	<input type="checkbox"/> operaio generico <input type="checkbox"/> operaio qualificato <input type="checkbox"/> impiegato amm/tecnico <input type="checkbox"/> impiegato direttivo <input type="checkbox"/> quadro <input type="checkbox"/> dirigente	12	Laurea (laurea di durata superiore ai 3 anni)

**DATI DELL'AZIENDA**

Ragione Sociale										Codice Fiscale										P.IVA														
Forma giuridica										Telefono										Fax														
Indirizzo										CAP					Comune															Pr				

**DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

Nome															Cognome																
Data di Nascita					Luogo															Pr											
Codice fiscale										Sesso		Cittadinanza										Email									
										M F																					

N. Titolari /Soci			N. dipendenti (NON apprendisti) a tempo pieno			N. dipendenti (NON apprendisti) part time			N. Apprendisti			N. collaboratori					
Settore dell'attività prevalente dell'azienda																	
Codice ATECO																	
CCNL applicato																	
Posizione INAIL						Codice cliente						PAT					
Matricola INPS AZIENDA																	
Referente aziendale per la formazione																	
Azienda associata a CNA												SI			NO		

In ottemperanza al GDPR Reg. (UE) 2016/679 la informiamo che i dati sopra raccolti saranno trattati per lo svolgimento delle attività richieste e concordate, gestire e sviluppare il rapporto l'interessato di cui l'interessato è parte, erogare i servizi anche in modalità webinar/e-learning, comunicare l'avvenuto svolgimento dell'attività formativa ad enti di accreditamento o di certificazione, ove necessario, e per inviare aggiornamenti sull'attività svolta da Ecipar. La informiamo inoltre che potrà esercitare i suoi diritti di: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità semplicemente comunicandoci la Sua richiesta all'indirizzo [privacy@ecipar-re.it](mailto:privacy@ecipar-re.it)  
L'informativa esaustiva sul trattamento dei dati personali potrà essere richiesta in qualsiasi momento al titolare o consultata all'indirizzo: <http://www.eciparformazione.it/informativa-sulla-privacy>

**DICHIARA**

Luogo e Data

Firma