



SPAZIO RISERVATO ALLA  
SEGRETARIA

Prot. N° \_\_\_\_\_  
del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_



**DAFOR S.r.l.**  
Servizi & Formazione

Ente di Formazione accreditato dalla  
Regione Campania, Ass. alla Sanità  
Aut. n. 149 del 02/06/2006

## MODULO DI ISCRIZIONE

*Spett.le*

**INVIARE VIA FAX AL N° 0974 934700**

**O VIA E-MAIL: [corsi@dafor.it](mailto:corsi@dafor.it)**

**DAFOR S.r.l.**

Via S. Margherita, 13

84051 San Severino di Centola (Sa)

Tel. 0974 934343 - Fax: 0974 934700

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) (Cap. \_\_\_\_\_), in qualità di **Titolare/Dipendente della ditta:**

con sede legale in Via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )

P.Iva: \_\_\_\_\_ C. Fiscale: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**DATI PER LA FATTURAZIONE – Fatturare a:**  **Iscritto**  **Ditta**

(Indicare a chi fatturare, nel caso di Ditta apporre il timbro a fianco o scrivere i dati della ditta)

Timbro

## CHIEDE

L'iscrizione al corso di:  **FORMAZIONE**  **AGGIORNAMENTO\***

per il rilascio dell' **ATTESTATO DI FORMAZIONE** per la seguente categoria di rischio:

**RESPONSABILE DI INDUSTRIE ALIMENTARI – DURATA:**  **12 ORE**  **6 ORE**

**ADDETTI AL LIVELLO DI RISCHIO I – DURATA:**  **4 ORE**  **3 ORE**

*(es. baristi, fornai, addetti alla produzione di pizze e similari, addetti alla vendita di alimenti sfusi e generi alimentari escluso ortofrutta, addetto somministrazione/porzionamento pasti, ecc.)*

**ADDETTI AL LIVELLO DI RISCHIO II – DURATA:**  **8 ORE**  **3 ORE**

*(es. cuochi pasticceri, gelatieri, addetti gastronomia, addetti produzione pasta fresca, addetti lavorazione latte e formaggi, addetti macellazione, sezionamento, lavorazione, trasformazione e vendita carne, pesce e molluschi, addetti produzione ovoprodotti, ecc.)*

**Prendo atto che la quota di partecipazione al corso è di € \_\_\_\_\_ che sarà corrisposta all'atto dell'iscrizione.**

**\* Per l' AGGIORNAMENTO è necessario esibire, all'atto dell'iscrizione, la copia del vecchio attestato.**

Inoltre Dichiaro di accettare i **“TERMINI e CONDIZIONI dei Corsi di Formazione”** contenuti nel sito web all'indirizzo:  
[http://www.dafor.it/public/files/Terminicondizioni\\_Alimentaristi.pdf](http://www.dafor.it/public/files/Terminicondizioni_Alimentaristi.pdf)

**Allega alla presente copia del Documento di Riconoscimento e Codice Fiscale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza ai sensi del D.Lgs. 196/03 il trattamento dei dati personali.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Timbro e firma

**Centro di Formazione Professionale “DAFOR S.r.l.”**

Via S. Margherita, 13 - 84051 San Severino di Centola (Sa)

Tel.: 0974 934343 - Fax: 0974 934700 - [www.dafor.it](http://www.dafor.it) – [corsi@dafor.it](mailto:corsi@dafor.it)

P.Iva/C. Fiscale: 05215420653



## **CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO**

### **1) Regolamento del Corso**

Il corso, della durata prevista, sarà erogato in Aula presso la sede del nostro centro a San Severino di Centola (Sa). Al termine del corso e a seguito di esito positivo della verifica finale, sarà rilasciato l'Attestato per Alimentarista.

### **2) Iscrizione**

L'iscrizione al corso si perfeziona inviando la presente scheda, disponibile anche sul sito [www.dafor.it](http://www.dafor.it), debitamente compilata e sottoscritta in ogni sua parte tramite **Fax** al seguente n. **0974 934700** o tramite **e-mail** all'indirizzo: [corsi@dafor.it](mailto:corsi@dafor.it)

La quota di partecipazione al corso è specificata sul sito internet del **Centro di Formazione DAFOR S.r.l.** nella pagina dedicata al corso in oggetto. La quota comprende la partecipazione al corso, la consultazione del materiale didattico presente in piattaforma, il rilascio dell'Attestato di validità Triennale.

**Alla scheda di iscrizione dovrà essere allegato:**

- copia del Documento di Riconoscimento e Codice Fiscale;
- copia dell'Attestato Alimentarista scaduto da non più di tre anni (in caso di **Aggiornamento**);

- copia della ricevuta del bonifico bancario:

INTESTATO A: **DAFOR S.r.l.**

IBAN: **IT 26 D 01010 76120 100000001743**

Banca **BANCO DI NAPOLI SPA – Filiale Camerota (Sa)**

CAUSALE: "CORSO ALIMENTARISTA (**SPECIFICARE IL CORSO**)"

### **3) Validità del contratto.**

Dichiara di accettare i "**TERMINI e CONDIZIONI dei Corsi di Formazione**" contenuti nel sito web all'indirizzo: [http://www.dafor.it/public/files/Terminicondizioni\\_Alimentaristi.pdf](http://www.dafor.it/public/files/Terminicondizioni_Alimentaristi.pdf)

Approva e accetta espressamente tutte le superiori condizioni contrattuali e, in particolare, le clausole di cui ai numeri 1 (Regolamento del Corso), 2 (Iscrizione), 3 (Validità del contratto).

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**Firma per accettazione**

\_\_\_\_\_

**Centro di Formazione Professionale "DAFOR S.r.l."**

*pagina 2 di 2*

**DAFOR S.r.l.**  
P.IVA 05215420653

Via E. Montale, 1  
84091 Battipaglia (Sa)  
Tel./Fax: 0828 301711

Via S. Margherita, 13  
84051 San Severino di Centola (Sa)  
Tel. 0974 934343 - Fax: 0974 934700

Web: [www.dafor.it](http://www.dafor.it) E-mail : [info@dafor.it](mailto:info@dafor.it)