



SCHEMA DI PARTECIPAZIONE

CORSO: "L'IMPOSTA SUL VALORE AGGIUNTO 2019"

da compilare ed inviare via email a: ilcollaboratoredistudio@drcnetwork.it

si conferma l'iscrizione per la sede di _____

☐ **Quota intera: € 350 + IVA**

(con rimborso di FondoProfessioni - **quota reale a carico dello Studio € 70**)

☐ **Quota riservata CLIENTI DRC NETWORK: € 300 + IVA**

(con rimborso di FondoProfessioni - **quota reale a carico dello Studio € 60**)

Richiesta rimborso a Fondoprofessioni ☐ SI ☐ NO

PARTECIPANTE (compilare una scheda per partecipante)

Cognome e nome: _____

E-mail partecipante: _____

C.F. partecipante: _____

Contratto: ☐ tempo indeterminato ☐ tempo determinato - scad. il _____

☐ apprendistato - scad. il _____

CCNL di riferimento: _____

In caso di richiesta di finanziamento a FondoProfessioni si ricorda di allegare alla presente una copia del CASSETTO PREVIDENZIALE reperibile tramite il portale INPS all'interno del fascicolo elettronico nella sezione "dati complementari"

STUDIO DI APPARTENENZA (dati per la fatturazione)

Studio: _____

Via: _____

CAP: _____

Comune: _____

Prov: _____

Telefono: _____

Fax: _____

P.IVA: _____

N. matricola INPS: _____

E-mail Studio: _____

Allegare alla scheda di iscrizione copia del bonifico bancario, da effettuarsi alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN: IT51A0521601633000000003473 - Credito Valtellinese - Agenzia 4 - Milano

Intestato a Drc Network Srl

PRIVACY: Ai sensi del regolamento UE 2016/679 ("GDPR") DRC Network srl, con sede Legale in Via Imperia 43, 20142 Milano, titolare del trattamento, informa che potrà trattare i dati del Partecipante nonché, se diverso, del Destinatario della fattura per fini promozionali relativi ai propri servizi e a quelli dei propri partner commerciali. Ciascun interessato potrà opporsi a tale trattamento, inizialmente o successivamente, in maniera agevole scrivendo all'email privacy@drcnetwork.it. Per maggiori informazioni sulla privacy si prega di consultare il sito www.drcnetwork.it nell'apposita sezione. L'interessato presuppone visione dell'informativa presta il consenso

Firma Partecipante: _____

Firma Datore di Lavoro: _____

Timbro Ditta/Studio