



RICHIESTA DI ISCRIZIONE
AL REGISTRO DEL PERSONALE CERTIFICATO
PRESSO KCB ITALIA



Mod. DCP_01 – Rev. 09

Il/La Sottoscritto/a ⁽¹⁾:

Nome _____ Cognome _____

Titolo di Studio _____

Ordine/Collegio _____ N° Iscrizione _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Luogo di residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ Codice Fiscale _____

e-mail _____ PEC _____

- ✓ **consapevole** di quanto prescritto dallo *Schema dei Requisiti per la Certificazione* applicabile e che l'esito dell'iter certificativo è sottoposto a valutazione da parte degli Organi KCB Italia preposti alla delibera ed alla ratifica, che potranno accettare o meno la qualifica,
- ✓ **accettando** quanto riportato sul *Regolamento generale per la Certificazione del Personale e della Formazione (Doc. RGC_001)*, nelle *Norme Deontologiche (Doc. ND_001)*, nel *Regolamento e manuale d'uso del Marchio di certificazione (Doc. RMMC_001)* e nel citato *Schema dei Requisiti per la Certificazione* applicabile (tutti i documenti richiamati sono presenti sul sito www.kcbitalia.it),
- ✓ **impegnandosi** a rispettare tutte le eventuali modifiche che agli stessi documenti verranno apportate, riportate direttamente sul sito internet dell'Ente,
- ✓ con ciò, **rinunciando ed esonerando** espressamente l'Ente KCB Italia dall'invio di ogni eventuale comunicazione a riguardo,
- ✓ **dichiarando** di aderire alla Confederazione Nazionale UGL,

c h i e d e

l'iscrizione al Registro delle Figure Professionali Certificate presso KCB Italia, in qualità di :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Esperto nella Erogazione della Formazione per la Sicurezza sul Lavoro (FSL) | <input type="checkbox"/> Esperto nella Erogazione della Formazione dei Formatori per la Sicurezza sul Lavoro (FFSL) |
| <input type="checkbox"/> Esperto nella Consulenza per la Sicurezza sul Lavoro (CSL) | <input type="checkbox"/> Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) |
| <input type="checkbox"/> Specificare eventuale altra Figura _____ | |

Inoltre,

- possedendone i requisiti, di sostenere l'iter di certificazione unicamente attraverso verifica **curriculare**
- di percorrere l'iter di certificazione completo, proponendo la sessione di esami del mese di _____ presso la sede di _____ per le attività di valutazione .

Luogo e Data

Firma del Richiedente

Nota (1) : Il richiedente accetta che i dati riportati nel presente documento siano pubblicati sul sito Internet www.kcbitalia.it (Registro di riferimento), qualora l'iter certificativo abbia esito positivo, previa autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del D.lgs 196/2003, riportato alla successiva pagina 3.



RICHIESTA DI ISCRIZIONE
AL REGISTRO DEL PERSONALE CERTIFICATO
PRESSO KCB ITALIA



Mod. DCP_01 – Rev. 09

QUOTE PER L'ISCRIZIONE AI REGISTRI KCB ITALIA

☞ Da versare all'atto della presentazione della corrente Richiesta di Iscrizione : € _____ compresa IVA

DETTAGLI PER IL PAGAMENTO

Per sicurezza le quote non devono essere pagate in contanti (cash). Si prospettano le seguenti opzioni di pagamento :

Bonifico Bancario dell'importo indicato (con spese a carico del candidato) su Banca CREDEM

IBAN : **IT81 E030 3204 6040 1000 0002 507**

Causale : "Figura Professionale : (specificare figura) ; Candidato : (nome e cognome) " ;

PayPal Pagamento dell'importo indicato attraverso PayPal (con spese a carico di KCB Italia) a mezzo Carta di Credito o conto personale (accesso diretto : **PayPal**)

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE IN COPIA ALLA PRESENTE RICHIESTA

Curriculum Vitae del Candidato con in evidenza le competenze maturate nel settore specifico ;

Documento di Identità del Candidato ;

Autocertificazione delle Competenze (Mod. RI_02), solo per richiesta di iter di valutazione per verifica curriculare ;

Ricevuta del pagamento della quota di Iscrizione al Registro KCB Italia .

LA DOCUMENTAZIONE ELENcata, UNITAMENTE AL PRESENTE MODULO, DEVE ESSERE TRASMESSA :

PER E-MAIL, AGLI INDIRIZZI : segreteria@kcbitalia.it / info@kcbitalia.it ; OPPURE

PER FAX, AI NUMERI : 0464 350442 / 091 6194287

DETTAGLI PER LA FATTURAZIONE

NOTA : la trasmissione della fattura avverrà unicamente per via elettronica (in formato .pdf non modificabile) ai sensi dell'art. 21, comma 1, del D.Lgs. 26/10/1972, n° 633, modificato dall'art. 1, comma 1, del D.Lgs. 20/02/2004, n° 52. Non trattandosi di Fattura Elettronica, il candidato, con la firma posta in calce, dichiara di essere edotto del fatto che è tenuto ad effettuarne la stampa su supporto cartaceo, non essendone consentita l'archiviazione su supporto informatico .

La fattura dovrà essere intestata a :

Intestatario _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ Nazione _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

e-mail _____

PEC _____



RICHIESTA DI ISCRIZIONE
AL REGISTRO DEL PERSONALE CERTIFICATO
PRESSO KCB ITALIA



Mod. DCP_01 – Rev. 09

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PUBBLICAZIONE SUL SITO

Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs 196/2003, io sottoscritto

(Nome) _____ (Cognome)
autorizzo *Knowhow Certification Bureau Italia S.r.l.* (nel seguito denominata **KCB Italia**), al trattamento dei miei dati personali, per tutti i casi previsti e consentiti dalla legge, per le seguenti finalità:

- ✓ per finalità istituzionali;
- ✓ per comunicazione ed invio dei dati personali in Italia ed all'estero a terzi interessati all'attività di KCB Italia ed a terzi interessati alla mia attività professionale;
- ✓ per soddisfare ad adempimenti connessi all'attività economica di **KCB Italia** ed in particolare per gli obblighi di legge amministrativi, contabili, fiscali;
- ✓ per la tutela della propria immagine e dei propri diritti;
- ✓ per comunicazione e/o diffusione, se necessario, nei casi previsti dalla legge:
 1. a soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto di **KCB Italia** (tenuta della contabilità, bilanci, adempimenti fiscali, avvocati, ecc.);
 2. a istituti bancari per la gestione degli incassi e dei pagamenti diversi derivanti dalle normali attività commerciali o dall'esecuzione di contratti in atto;
 3. in forma anonima per finalità statistiche.

Sono consapevole che i dati sono e saranno trattati in modo lecito, secondo correttezza e in modo da garantirne la massima riservatezza e sicurezza, e che saranno registrati e conservati in archivi informatici e/o cartacei.

Sono consapevole che Titolare del Trattamento dei Dati e Responsabile del Trattamento dei Dati sono, rispettivamente :

- ☛ *Titolare del trattamento:* **Knowhow Certification Bureau Italia Srl**
Corso Rosmini, n° 66 – 38068 Rovereto (TN)
- ☛ *Responsabile del trattamento:* Dr.ssa Cinzia Suriano

Sono consapevole che potrò rivolgermi al titolare del trattamento per far valere i miei diritti come previsti dall'art. 8 del D.lgs. n.196/2003.

Autorizzo altresì, la pubblicazione dei miei dati personali, sul **Registro delle Figure Professionali Certificate** , tenuto da **KCB Italia** e pubblicato sul sito Internet www.kcbitalia.it.

Luogo e Data

Firma per autorizzazione al trattamento dei dati

