Modulo di richiesta di rimborso
(da compilarsi a cura dello studio richiedente)

Att.ne E.BI.PRO.
Ente Bilaterale Nazionale
per gli studi professionali

Oggetto: Richiesta di rimborso delle spese sostenute per i corsi di formazione in materia di "Salute e Sicurezza nel luogo di lavoro", ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n.81

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____, in qualità di legale rappresentante di (ragione sociale)

_____

con sede a _____ Prov. _____

in _____, Civ._____ CAP _____,

C.F. _____ P. IVA _____

CHIEDE

il rimborso previsto ai sensi del regolamento presente sul sito www.ebipro.it per le spese sostenute per i corsi di formazione in materia di "Salute e Sicurezza nel luogo di lavoro" .

A tal fine comunica i seguenti dati:

Nominativo completo dei partecipanti e tipologia di corso svolto*:

1. Nominativo: _____
   Corso: _____
   Periodo di svolgimento del corso: dal ____ / _____ / _____ al ____ / _____ / _____; in ore _____
   Costo del corso: _____
   (indicare importo imponibile come in fattura emessa dall'Ente, es: 480 + I.V.A.)
2. Nominativo: _____
   Corso: _____
   Periodo di svolgimento del corso: dal ____ / _____ / _____ al ____ / _____ / _____; in ore _____
   Costo del corso: _____
   (indicare importo imponibile come in fattura emessa dall'Ente, es: 480 + I.V.A.)
3. Nominativo: _____
   Corso: _____
   Periodo di svolgimento del corso: dal ____ / _____ / _____ al ____ / _____ / _____; in ore _____
   Costo del corso: _____
   (indicare importo imponibile come in fattura emessa dall'Ente, es: 480 + I.V.A.)
4. Nominativo: _____
   Corso: _____
   Periodo di svolgimento del corso: dal ____ / _____ / _____ al ____ / _____ / _____; in ore _____
   Costo del corso: _____
   (indicare importo imponibile come in fattura emessa dall'Ente, es: 480 + I.V.A.)
5. Nominativo: _____
   Corso: _____
   Periodo di svolgimento del corso: dal ____ / _____ / _____ al ____ / _____ / _____; in ore _____
   Costo del corso: _____
   (indicare importo imponibile come in fattura emessa dall'Ente, es: 480 + I.V.A.)

* in caso di un numero superiore di partecipanti si può utilizzare più volte questa pagina per inserire gli altri nominativi

- coordinate bancarie sulle quali effettuare il rimborso: IBAN _____;

Dichiara inoltre:

- ☐ che i partecipanti al corso cui si riferisce la richiesta di rimborso sono dipendenti dello studio e che agli stessi viene applicato il CCNL degli Studi Professionali;
- ☐ di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- ☐ di aver perso visione e aver accettato il regolamento presente sul sito E.Bi.Pro. al link http://www.ebipro.it/?page_id=490 ;

Alla presente domanda è allegata la seguente documentazione:

1. Copia fattura di acquisto quietanzata
2. Copia quietanza di versamento degli ultimi due mesi alla bilateralità
3. Copia attestato di partecipazione;
4. Eventuale: per l'ottenimento del rimborso maggiorato, in caso di adesione a Fondoprofessioni, copia del cassetto previdenziale in cui si evidenzi tale adesione

Luogo e data

_____

Firma soggetto richiedente

_____

PRIVACY

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI CONTENUTI NEL FORMULARIO AI SENSI DEL D. LGS. 196/03

Oggetto: INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali*.

Desideriamo informarLa che il Decreto Legislativo 196 del 30/06/2003 *Codice in materia di protezione dei dati personali*, nel seguito indicato sinteticamente come *Codice*, garantisce la tutela delle persone di fronte all'indebito trattamento dei dati, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza e con richiami alla riservatezza e ai diritti degli interessati.
Tenuto conto dell'obbligo di informativa nei confronti degli interessati, stabilito dall'articolo 13, E.BI.PRO., con sede in Viale Pasteur, 65 - 00144 Roma, in qualità di **Titolare** del trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni:

1. **Finalità del Trattamento**
   Il trattamento dei dati da Voi forniti all'interno del formulario consegue finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività di E.BI.PRO.
2. **Natura del Conferimento**
   Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 è facoltativo, tuttavia l'eventuale rifiuto potrebbe comportare il mancato accreditamento presso E.BI.PRO..
3. **Modalità di trattamento**
   Il trattamento sarà effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici e con procedure manuali e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle indicate all'articolo 4 comma 1 lettera *a)* del *Codice*.
   Il trattamento avverrà secondo logiche strettamente correlate alle finalità suddette e comunque in modo tale da garantire la riservatezza e la sicurezza dei Vs. dati.
   E.BI.PRO. **tratterà i Vs. dati adottando le misure di sicurezza previste dall'Allegato B del D. Lgs. n. 196/2003. Qualora le operazioni di trattamento dei dati non si svolgano all'interno della Sua Sede,** E.BI.PRO. **sarà comunque responsabile per l'adozione delle misure minime di sicurezza per le attività svolte sotto il suo esclusivo controllo.**
4. **Comunicazione e/o diffusione dei dati**
   Destinatario dei dati, ferme restando le comunicazioni e diffusioni effettuate in esecuzione di obblighi di legge, potrà essere il personale dell'Ente Bilaterale secondo le aree di competenza.
   Inoltre E.BI.PRO. pubblicherà sul proprio sito la ragione sociale e l'anagrafica dell'organismo accreditato.
   I dati verranno trattati per tutta la durata dei rapporti contrattuali instaurati e anche successivamente per l'espletamento di tutti gli adempimenti di legge. I dati verranno conservati per finalità statistiche e storiche.
5. **Titolare del Trattamento**
   Titolare del trattamento dei dati è E.BI.PRO.**,** con sede in Viale Pasteur, 65 - 00144 Roma.
   L'interessato potrà richiedere al Titolare tutte le informazioni necessarie all'esercizio dei suoi diritti, inviando una lettera raccomandata all'indirizzo E.BI.PRO., Viale Pasteur, 65 - 00144 Roma **o tramite fax. al n. 06/83515919**

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a a: _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Indirizzo _____ Civ. _____

in qualità di Legale Rappresentante dell'organismo richiedente l'Accreditamento a E.BI.PRO, concede la propria autorizzazione al trattamento dei dati contenuti nel presente formulario.
In ogni momento si potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. 196/03 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei propri dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità indicate.

Timbro e firma del Legale Rappresentante

_____

Data: _____