



www.efeilab.it

Via Appia Nuova, 612 - 00179 Roma - NR.Verde 800 584940

CORSO di PREPARAZIONE ed ESAME

ABILITAZIONE CONDUZIONE IMPIANTI TERMICI >232 kW

art. 287 D.Lgs. 152/2006

Inizio/Fine corso:	DATE DA DEFINIRE
Sede corso:	Modalità mista 80 ore in presenza presso le sedi territoriali EFEI 12 ore in webinar tramite la piattaforma di formazione online
Date Corso:	Come da calendario allegato
Esami:	2 giornate (date da definire)
Durata:	92 ore - limite massimo di assenze 20% (ore 18)
Contenuti:	Come da programma ministeriale

Quota di iscrizione:

☐ Socio ONAPS:

Primo iscritto €
Ulteriori iscritti €

☐ Non Socio ONAPS:

Primo iscritto €
Ulteriori iscritti €

Si segnala che dal 2/1/2024 Regione Lombardia ha introdotto le nuove procedure per la partecipazione ai corsi Regionali autofinanziati. Tra le novità apportate vi è l' **OBBLIGO**, da parte del partecipante al corso, di confermare la presenza o l'assenza alle lezioni tramite l'APP FIRMALOM o portale SIUF accendendo con SPID o CIE con pin.

Il corso si svolgerà al raggiungimento di minimo 12 iscritti.

compilare e restituire quanto prima via e-mail a info@efeilab.it

Ditta P.I.

Cod. Fiscale Cod. SDI

Via..... Comune.....Cap

Tel Fax e-mail

Partecipante:

Sig. Sig.

Sig. Sig.

☐ Ordino n° Libro/i di Testo HOEPLI "Il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici" Programma ministeriale d'esame DM 12.8.68 a € 25,00 cad. per un totale di €

Data Firma.....

Compilare e restituire **ENTRO il** via e-mail : info@efeilab.it - **allegando la copia di un documento d'identità e del codice fiscale e copia certificazione/autocertificazione titolo di studio**



www.efeilab.it

Via Appia Nuova, 612 - 00179 Roma - NR.Verde 800 584940

CORSO DI FORMAZIONE + ESAME CONDUTTORE DI IMPIANTI TERMICI > 232 kW

Io sottoscritto/a Nome Cognome

Residente a in via..... cap..... Prov.....

Domiciliato a in via..... cap..... Prov.....

Nato a Nazione Prov il

Codice Fiscale Cittadinanza..... Sesso

Telefono E-mail.....

Titolo di studio* (allego **OBBLIGATORIAMENTE** copia certificazione o

autocertificazione del titolo di studio) Condizione professionale

chiedo di essere iscritto/a al corso di formazione per Conduttore di impianti termici.

Dichiaro di:

- ☐ avere età maggiore ai 18 anni
- ☐ diploma di scuola secondaria di I grado o titolo di studio equipollente/corrispondente conseguito all'estero
- ☐ essere in possesso per la validazione **OBBLIGATORIA** delle presenze di: ☐ SPID ☐ CIE con PIN

NB: RICORDIAMO CHE se le presenze non saranno confermate dal partecipante, la lezione non sarà considerata valida e non sarà quindi possibile l'emissione dell'attestato di partecipazione.

Dati per la fatturazione:

Ragione sociale

Indirizzo.....

P.I. C.F.

COD. SDI (per fatturazione elettronica)PEC.....

Il pagamento di € + iva più € per il libro di testo sarà effettuato tramite:

- ☐ Bonifico Bancario intestato a: COORDINAMENTO NAZIONALE ORGANISMI PARITETICI EFEI -
Coordinate Bancarie: IT96Y0760104400001056396508

Attendere conferma avvio del corso prima di procedere con il pagamento

E' possibile disdire l'iscrizione al corso entro e non oltre **7 giorni** antecedenti la data di avvio del corso, comunicando per iscritto la disdetta. N.B.: Successivamente a tale data verrà fatturato l'intero importo.

Il Discendente è informato, ai sensi ed in conformità della normativa nazionale vigente e del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), che i propri dati personali di cui alla presente "Scheda di Iscrizione", ed i dati personali eventualmente acquisiti nel corso dell'attività svolta, saranno trattati da EFEI ORGANISMO PARITETICO SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati. I dati personali raccolti, saranno trattati al fine di valutare i requisiti per l'ammissione al corso in oggetto e/o per comunicazioni e saranno protetti conformemente alle disposizioni di legge; saranno conosciuti da EFEI ORGANISMO PARITETICO SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO e saranno comunicati ad i soggetti delegati all'espletamento delle attività necessarie e diffusi esclusivamente nell'ambito di tale finalità, nonché a soggetti ai quali la comunicazione è dovuta in adempimento a specifici obblighi di legge. L'interessato può esercitare tutti i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18 e 20 del Regolamento UE 2016/679, in particolare: verificare l'esistenza, aggiornare, rettificare i propri dati, opporsi al loro trattamento qualora illegittimo e inibire l'invio di comunicazioni commerciali, scrivendo al Titolare dei dati, che è EFEI ORGANISMO PARITETICO SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO (NR. Verde 800584940 info@efeilab.it). L'informativa è disponibile in internet all'indirizzo: <https://www.iubenda.com/privacy-policy/64876675>

DATA NOME E COGNOME FIRMA

Consenso per indagini di mercato, invio di materiale pubblicitario, attività di marketing e di informazioni commerciali relativi a prodotti o servizi dell'organizzazione in qualsiasi e con qualsiasi mezzo (anche modalità automatizzate) effettuate dall'organizzazione e società satelliti, anche tramite canali di comunicazione online (sito internet, web, mail marketing, newsletter, etc). Do il consenso: ☐ Nego il consenso: ☐

DATA NOME E COGNOME FIRMA



www.efeilab.it

Via Appia Nuova, 612 - 00179 Roma - NR.Verde 800 584940

Calendario lezioni - DATE E ORARI DA DEFINIRE

Data		Durata	Orario	
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	ONLINE
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	ONLINE
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	ONLINE
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		4	Dalle alle	IN PRESENZA
		92		

Autocertificazione Titolo di Studio

(ai sensi dell'art. 46, D.P.R 445 del 28 dicembre 2009)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___) il giorno
___/___/___ C.F. _____ e residente a _____ (___)
in via _____,

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, dotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data ___/___/___

presso _____

luogo e data

Firma

La presente dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000