

**FORMULARIO D'ISCRIZIONE AI CORSI E RICHIESTA ABBUONO A
FAVORE DEI MEMBRI SOGGETTI A DOPPIA IMPOSIZIONE
VALIDO PER I CORSI CHE SI SVOLGERANNO ENTRO IL 31.12.2016**

Questo formulario é da ritornare al Centro di Formazione ASI-SBK Sezione Ticino (CFASI) entro il termine di iscrizione indicato sul programma del corso, tenendo conto che le iscrizioni vanno in ordine di entrata dei formulari.

TITOLO DEL CORSO _____

DATA DEL CORSO _____

COGNOME _____

NOME _____

INDIRIZZO PRIVATO _____

/e-mail _____

INDIRIZZO PROFESSIONALE (ISTITUTO
DI PROVENIENZA) _____

/e-mail _____

REPARTO _____

FUNZIONE ESERCITATA _____

NUMERO MEMBRO ASI-SBK _____

AFFILIAZIONE SINDACALE		CONTRATTO COLLETTIVO	
<input type="checkbox"/>	OCST	<input type="checkbox"/>	ROC/EOC
<input type="checkbox"/>	VPOD	<input type="checkbox"/>	ROCA
<input type="checkbox"/>	CARTA PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>	CCL IS
<input type="checkbox"/>	ALTRO SINDACATO (pf indicare quale)	<input type="checkbox"/>	CCL ISTITUTI OSPEDALIERI PRIVATI

Con la presente dichiaro di non ricevere dal datore di lavoro un rimborso per la formazione in oggetto. Qualora, a seguito della verifica effettuata dalla CPC, risultasse un doppio rimborso mi impegno a versare l'importo mancante, fino a coprire l'intera quota del corso, al CFASI

Luogo – Data _____

Firma _____