

**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 31.12.2017**

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
