

Applicare la marca da bollo da 16,00 Euro o Indicare i dati della marca da bollo:
Data di emissione _____

Numero identificativo _____

Gli obblighi relativi al pagamento della marca da bollo sono assolti e la marca da bollo viene utilizzata unicamente per la presente domanda. L'originale della marca da bollo annullata è da conservare al fine di eventuali controlli da parte dei competenti uffici.

A cura dell'Amministrazione

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Direzione provinciale Formazione Professionale in lingua italiana

Centro di coordinamento Formazione Continua sul Lavoro

Via Santa Geltrude, 3

39100 BOLZANO

formazioneprofessionale.berufsbildung@pec.prov.bz.it

ESENTI DA BOLLO ai sensi del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, Tabella "B":

- ☐ punto 16 (enti pubblici)
- ☐ punto 27 bis (Onlus) ai sensi della L. 266/91, art. 8 e L.P. 11/93
- ☐ gli iscritti al registro prov.le del volontariato

Sono ammissibili solo le domande compilate correttamente e in tutte le loro parti, sottoscritte e munite degli allegati necessari (Del. 37/2022, Art. 8.5.c)

Domanda di contributo per AZIONI FORMATIVE EXTRA-AZIENDALI

(L.P. n. 29 del 10/08/1977, L.P. n. 40 del 12/11/1992
e Deliberazione della Giunta Provinciale n. 37 del 25/01/2022)

Il sottoscritto _____

in qualità di legale rappresentante di _____

con sede a _____

CHIEDE

la concessione di un contributo ai sensi della Legge Provinciale 10 agosto 1977, n. 29 e dell'art. 4 della Legge Provinciale 12 novembre 1992, n. 40 e secondo quanto previsto dalla Deliberazione in oggetto per la frequenza del/i corso/i di seguito specificati

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

L'azione formativa della durata totale di _____ ore è rivolta a n° totale _____ di lavoratori dipendenti.

Periodo di svolgimento dal _____ al _____

IMPRESA PROPONENTE

Denominazione impresa	
Sede legale dell'impresa <i>(indicare l'indirizzo completo, recapito telefonico, indirizzo e-mail)</i>	
Unità produttiva o sede in provincia di Bolzano <i>(se diversa dalla sede legale, indicare l'indirizzo completo, recapito telefonico, indirizzo e-mail)</i>	
Descrizione dell'attività d'impresa <i>(descrivere le attività che caratterizzano l'impresa)</i>	
Natura giuridica <i>(es. tipo di società)</i>	
Numero di iscrizione C.C.I.A.A.	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Codice di attività ATECO	
Settore economico di appartenenza dell'impresa <i>(barrare con una crocetta il settore)</i>	
<input type="checkbox"/> agricoltura	<input type="checkbox"/> commercio
<input type="checkbox"/> artigianato	<input type="checkbox"/> turismo
<input type="checkbox"/> industria	<input type="checkbox"/> servizi
Dimensione dell'impresa <i>(barrare con una crocetta la definizione corrispondente)</i>	
<input type="checkbox"/> da 1 a 9 dipendenti	<input type="checkbox"/> da 10 a 49 dipendenti
PEC	
indirizzo e-mail	
Referente dell'azienda <i>(indicare il nominativo, l'indirizzo completo, recapito telefonico, indirizzo e-mail)</i>	

Precedente ricorso a finanziamenti pubblici

_____ Euro

Specificare il totale degli importi concessi o liquidati dei finanziamenti pubblici per la formazione, percepiti negli ultimi tre esercizi finanziari

Regime fiscale

Regime fiscale a cui è sottomessa la spesa sostenuta e riportata nella rendicontazione contabile per la liquidazione del contributo. Barrare la casella corrispondente.

- ☐ IVA interamente detraibile ai sensi dell'art. 19, primo comma del DPR 26.10.1972 nr. 633;
- ☐ IVA parzialmente detraibile nella percentuale del _____ ai sensi dell'art. 19, terzo comma del citato DPR nr. 633;
- ☐ IVA non detraibile perché riguardante attività non rientranti nelle fattispecie di cui agli artt. 4 e 5 del citato DPR nr. 633 (esercizio di impresa, arti e professioni);
- ☐ IVA non detraibile perché riguardante attività commerciale rientrante nella fattispecie prevista dall'art. 36/bis del DPR nr. 633 del 26.10.1972 (solo attività esenti IVA).

Dati personali del lavoratore beneficiario (1)

nome

cognome

luogo di nascita

data

nazionalità

cittadinanza

comune di residenza

cap

prov.

sex

☐ M ☐ F

Titolo di studio

- ☐ licenza elementare
- ☐ licenza media
- ☐ qualifica professionale *(corso di qualifica professionale triennale o apprendistato triennale)*
- ☐ diploma professionale *(corso di diploma quadriennale o apprendistato quadriennale)*
- ☐ diploma di scuola media superiore
- ☐ diploma di laurea vecchio ordinamento
- ☐ diploma accademico di primo livello
- ☐ diploma accademico di secondo livello
- ☐ diploma accademico di formazione alla ricerca

Situazione occupazionale

- ☐ dipendente a tempo indeterminato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ dipendente a tempo determinato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ altro tipo di contratto *(indicare il tipo di contratto)*
- ☐ lavoratore/lavoratrice stagionale
- ☐ in cassa integrazione guadagni/in mobilità
- ☐ titolare/socio che svolge attività regolare nell'impresa

Posizione nell'azienda

- ☐ dirigente
- ☐ direttivo-quadro
- ☐ impiegato/a
- ☐ operaio/a specializzato/a o qualificato/a
- ☐ operaio/a comune
- ☐ addetto/a ad altri servizi *(specificare)*

Esigenze di sviluppo dell'azienda collegate alla scelta della/e attività formativa/e

(riportare i motivi e le aspettative per cui l'azienda ha deciso di far partecipare il lavoratore al/ai corso/i per cui si richiede il voucher)

Articolazione del/i modulo/i (1)

Titolo dell'azione formativa

Data di avvio (indicare la data esatta)

Data di conclusione (indicare la data esatta)

Settore dell'azione formativa

☐ alberghiero

☐ industria e artigianato

☐ agricoltura

☐ servizi, commercio e amministrazione

☐ elettronica ed informatica

☐ sociale, estetica e wellness

Ore di formazione

(60 minuti)

Quota di partecipazione (iva inclusa)

Euro

Luogo di svolgimento (per i corsi in presenza si prega di indicare l'indirizzo esatto)

Programma e calendario (vedi allegati)

Nome dei docenti

Metodologie e strumenti didattici

☐ lezione frontale

☐ esercitazioni di gruppo

☐ simulazioni

☐ casi studio

L'azione formativa si svolge nel seguente formato

☐ online

☐ in presenza

☐ blended learning

☐ altro (specificare)

Attestato o certificato finale

☐ attestato di frequenza

☐ diploma/certificato finale

☐ descrizione delle competenze acquisite

☐ altro (specificare)

Ente di formazione che eroga il corso (1)

denominazione					
indirizzo					
città			cap		provincia
stato					
codice fiscale e/o partita iva					
persona da contattare					
telefono		PEC			
e-mail			indirizzo internet		
L'ente è accreditato nella Regione/Provincia in cui ha la propria sede? <i>(solo se l'ente risiede in territorio nazionale)</i>					
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no					
Indicare gli anni di attività nel settore della formazione e l'aggiornamento professionale					
L'ente è in possesso di una certificazione <i>(es. ISO, EFQM ecc.)</i>					
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no					
(specificare il tipo di certificazione posseduta)					

Dati personali del lavoratore beneficiario (2)

nome

cognome

luogo di nascita

data

nazionalità

cittadinanza

comune di residenza

cap

prov.

sex

☐ M ☐ F

Titolo di studio

- ☐ licenza elementare
- ☐ licenza media
- ☐ qualifica professionale *(corso di qualifica professionale triennale o apprendistato triennale)*
- ☐ diploma professionale *(corso di diploma quadriennale o apprendistato quadriennale)*
- ☐ diploma di scuola media superiore
- ☐ diploma di laurea vecchio ordinamento
- ☐ diploma accademico di primo livello
- ☐ diploma accademico di secondo livello
- ☐ diploma accademico di formazione alla ricerca

Situazione occupazionale

- ☐ dipendente a tempo indeterminato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ dipendente a tempo determinato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ altro tipo di contratto *(indicare il tipo di contratto)*
- ☐ lavoratore/lavoratrice stagionale
- ☐ in cassa integrazione guadagni/in mobilità
- ☐ titolare/socio che svolge attività regolare nell'impresa

Posizione nell'azienda

- ☐ dirigente
- ☐ direttivo-quadro
- ☐ impiegato/a
- ☐ operaio/a specializzato/a o qualificato/a
- ☐ operaio/a comune
- ☐ addetto/a ad altri servizi *(specificare)*

Esigenze di sviluppo dell'azienda collegate alla scelta della/e attività formativa/e

(riportare i motivi e le aspettative per cui l'azienda ha deciso di far partecipare il lavoratore al/ai corso/i per cui si richiede il voucher)

Articolazione del/i modulo/i (2)

Titolo dell'azione formativa

Data di avvio (indicare la data esatta)

Data di conclusione (indicare la data esatta)

Settore dell'azione formativa

☐ alberghiero

☐ industria e artigianato

☐ agricoltura

☐ servizi, commercio e amministrazione

☐ elettronica ed informatica

☐ sociale, estetica e wellness

Ore di formazione

(60 minuti)

Quota di partecipazione (iva inclusa)

Euro

Luogo di svolgimento (per i corsi in presenza si prega di indicare l'indirizzo esatto)

Programma e calendario (vedi allegati)

Nome dei docenti

Metodologie e strumenti didattici

☐ lezione frontale

☐ esercitazioni di gruppo

☐ simulazioni

☐ casi studio

L'azione formativa si svolge nel seguente formato

☐ online

☐ in presenza

☐ blended learning

☐ altro (specificare)

Attestato o certificato finale

☐ attestato di frequenza

☐ diploma/certificato finale

☐ descrizione delle competenze acquisite

☐ altro (specificare)

Ente di formazione che eroga il corso (2)

denominazione					
indirizzo					
città			cap		provincia
stato					
codice fiscale e/o partita iva					
persona da contattare					
telefono			PEC		
e-mail			indirizzo internet		
<p>L'ente è accreditato nella Regione/Provincia in cui ha la propria sede? <i>(solo se l'ente risiede in territorio nazionale)</i></p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>					
Indicare gli anni di attività nel settore della formazione e l'aggiornamento professionale					
<p>L'ente è in possesso di una certificazione <i>(es. ISO, EFQM ecc.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p><i>(specificare il tipo di certificazione posseduta)</i></p>					

Dati personali del lavoratore beneficiario (3)

nome

cognome

luogo di nascita

data

nazionalità

cittadinanza

comune di residenza

cap

prov.

sex

☐ M ☐ F

Titolo di studio

- ☐ licenza elementare
- ☐ licenza media
- ☐ qualifica professionale *(corso di qualifica professionale triennale o apprendistato triennale)*
- ☐ diploma professionale *(corso di diploma quadriennale o apprendistato quadriennale)*
- ☐ diploma di scuola media superiore
- ☐ diploma di laurea vecchio ordinamento
- ☐ diploma accademico di primo livello
- ☐ diploma accademico di secondo livello
- ☐ diploma accademico di formazione alla ricerca

Situazione occupazionale

- ☐ dipendente a tempo indeterminato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ dipendente a tempo determinato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ altro tipo di contratto *(indicare il tipo di contratto)*
- ☐ lavoratore/lavoratrice stagionale
- ☐ in cassa integrazione guadagni/in mobilità
- ☐ titolare/socio che svolge attività regolare nell'impresa

Posizione nell'azienda

- ☐ dirigente
- ☐ direttivo-quadro
- ☐ impiegato/a
- ☐ operaio/a specializzato/a o qualificato/a
- ☐ operaio/a comune
- ☐ addetto/a ad altri servizi *(specificare)*

Esigenze di sviluppo dell'azienda collegate alla scelta della/e attività formativa/e

(riportare i motivi e le aspettative per cui l'azienda ha deciso di far partecipare il lavoratore al/ai corso/i per cui si richiede il voucher)

Articolazione del/i modulo/i (3)

Titolo dell'azione formativa

Data di avvio (indicare la data esatta)

Data di conclusione (indicare la data esatta)

Settore dell'azione formativa

☐ alberghiero

☐ industria e artigianato

☐ agricoltura

☐ servizi, commercio e amministrazione

☐ elettronica ed informatica

☐ sociale, estetica e wellness

Ore di formazione

(60 minuti)

Quota di partecipazione (iva inclusa)

Euro

Luogo di svolgimento (per i corsi in presenza si prega di indicare l'indirizzo esatto)

Programma e calendario (vedi allegati)

Nome dei docenti

Metodologie e strumenti didattici

☐ lezione frontale

☐ esercitazioni di gruppo

☐ simulazioni

☐ casi studio

L'azione formativa si svolge nel seguente formato

☐ online

☐ in presenza

☐ blended learning

☐ altro (specificare)

Attestato o certificato finale

☐ attestato di frequenza

☐ diploma/certificato finale

☐ descrizione delle competenze acquisite

☐ altro (specificare)

Ente di formazione che eroga il corso (3)[illegible]

Dati personali del lavoratore beneficiario (4)

nome

cognome

luogo di nascita

data

nazionalità

cittadinanza

comune di residenza

cap

prov.

sex

☐ M ☐ F

Titolo di studio

- ☐ licenza elementare
- ☐ licenza media
- ☐ qualifica professionale *(corso di qualifica professionale triennale o apprendistato triennale)*
- ☐ diploma professionale *(corso di diploma quadriennale o apprendistato quadriennale)*
- ☐ diploma di scuola media superiore
- ☐ diploma di laurea vecchio ordinamento
- ☐ diploma accademico di primo livello
- ☐ diploma accademico di secondo livello
- ☐ diploma accademico di formazione alla ricerca

Situazione occupazionale

- ☐ dipendente a tempo indeterminato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ dipendente a tempo determinato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ altro tipo di contratto *(indicare il tipo di contratto)*
- ☐ lavoratore/lavoratrice stagionale
- ☐ in cassa integrazione guadagni/in mobilità
- ☐ titolare/socio che svolge attività regolare nell'impresa

Posizione nell'azienda

- ☐ dirigente
- ☐ direttivo-quadro
- ☐ impiegato/a
- ☐ operaio/a specializzato/a o qualificato/a
- ☐ operaio/a comune
- ☐ addetto/a ad altri servizi *(specificare)*

Esigenze di sviluppo dell'azienda collegate alla scelta della/e attività formativa/e

(riportare i motivi e le aspettative per cui l'azienda ha deciso di far partecipare il lavoratore al/ai corso/i per cui si richiede il voucher)

Articolazione del/i modulo/i (4)

Titolo dell'azione formativa

Data di avvio (indicare la data esatta)

Data di conclusione (indicare la data esatta)

Settore dell'azione formativa

☐ alberghiero

☐ industria e artigianato

☐ agricoltura

☐ servizi, commercio e amministrazione

☐ elettronica ed informatica

☐ sociale, estetica e wellness

Ore di formazione

(60 minuti)

Quota di partecipazione (iva inclusa)

Euro

Luogo di svolgimento (per i corsi in presenza si prega di indicare l'indirizzo esatto)

Programma e calendario (vedi allegati)

Nome dei docenti

Metodologie e strumenti didattici

☐ lezione frontale

☐ esercitazioni di gruppo

☐ simulazioni

☐ casi studio

L'azione formativa si svolge nel seguente formato

☐ online

☐ in presenza

☐ blended learning

☐ altro (specificare)

Attestato o certificato finale

☐ attestato di frequenza

☐ diploma/certificato finale

☐ descrizione delle competenze acquisite

☐ altro (specificare)

Ente di formazione che eroga il corso (4)

denominazione																														
indirizzo																														
città											cap						provincia													
stato																														
codice fiscale e/o partita iva																														
persona da contattare																														
telefono											PEC																			
e-mail											indirizzo internet																			
L'ente è accreditato nella Regione/Provincia in cui ha la propria sede? <i>(solo se l'ente risiede in territorio nazionale)</i>																														
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no																														
Indicare gli anni di attività nel settore della formazione e l'aggiornamento professionale																														
L'ente è in possesso di una certificazione <i>(es. ISO, EFQM ecc.)</i>																														
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no																														
<i>(specificare il tipo di certificazione posseduta)</i>																														

Dati personali del lavoratore beneficiario (5)

nome					
cognome					
luogo di nascita		data		nazionalità	
cittadinanza					
comune di residenza		cap		prov.	
sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

Titolo di studio

- ☐ licenza elementare
- ☐ licenza media
- ☐ qualifica professionale *(corso di qualifica professionale triennale o apprendistato triennale)*
- ☐ diploma professionale *(corso di diploma quadriennale o apprendistato quadriennale)*
- ☐ diploma di scuola media superiore
- ☐ diploma di laurea vecchio ordinamento
- ☐ diploma accademico di primo livello
- ☐ diploma accademico di secondo livello
- ☐ diploma accademico di formazione alla ricerca

Situazione occupazionale

- ☐ dipendente a tempo indeterminato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ dipendente a tempo determinato ☐ tempo pieno ☐ part-time
- ☐ altro tipo di contratto *(indicare il tipo di contratto)*
- ☐ lavoratore/lavoratrice stagionale
- ☐ in cassa integrazione guadagni/in mobilità
- ☐ titolare/socio che svolge attività regolare nell'impresa

Posizione nell'azienda

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dirigente | <input type="checkbox"/> operaio/a specializzato/a o qualificato/a |
| <input type="checkbox"/> direttivo-quadro | <input type="checkbox"/> operaio/a comune |
| <input type="checkbox"/> impiegato/a | <input type="checkbox"/> addetto/a ad altri servizi <i>(specificare)</i> |

Esigenze di sviluppo dell'azienda collegate alla scelta della/e attività formativa/e

(riportare i motivi e le aspettative per cui l'azienda ha deciso di far partecipare il lavoratore al/ai corso/i per cui si richiede il voucher)

Articolazione del/i modulo/i (5)

Titolo dell'azione formativa

Data di avvio (indicare la data esatta)

Data di conclusione (indicare la data esatta)

Settore dell'azione formativa

☐ alberghiero

☐ industria e artigianato

☐ agricoltura

☐ servizi, commercio e amministrazione

☐ elettronica ed informatica

☐ sociale, estetica e wellness

Ore di formazione

(60 minuti)

Quota di partecipazione (iva inclusa)

Euro

Luogo di svolgimento (per i corsi in presenza si prega di indicare l'indirizzo esatto)

Programma e calendario (vedi allegati)

Nome dei docenti

Metodologie e strumenti didattici

☐ lezione frontale

☐ esercitazioni di gruppo

☐ simulazioni

☐ casi studio

L'azione formativa si svolge nel seguente formato

☐ online

☐ in presenza

☐ blended learning

☐ altro (specificare)

Attestato o certificato finale

☐ attestato di frequenza

☐ diploma/certificato finale

☐ descrizione delle competenze acquisite

☐ altro (specificare)

Ente di formazione che eroga il corso (5)

denominazione	
indirizzo	
città	cap provincia
stato	
codice fiscale e/o partita iva	
persona da contattare	
telefono	PEC
e-mail	indirizzo internet
L'ente è accreditato nella Regione/Provincia in cui ha la propria sede? <i>(solo se l'ente risiede in territorio nazionale)</i>	
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Indicare gli anni di attività nel settore della formazione e l'aggiornamento professionale	
L'ente è in possesso di una certificazione <i>(es. ISO, EFQM ecc.)</i>	
<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
<i>(specificare il tipo di certificazione posseduta)</i>	

SCHEMA RIASSUNTIVO

	Nome e cognome	N. totale ore di formazione	* Costo totale del/i corso/i (esclusa IVA se detraibile)	Finanziamento pubblico richiesto (max. 80%)
Lavoratore 1				
Lavoratore 2				
Lavoratore 3				
Lavoratore 4				
Lavoratore 5				
TOTALI				

*** ATTENZIONE:**

IL COSTO TOTALE DEL CORSO, DA INDICARE NELLA 4^ COLONNA DELLA TABELLA DI CUI SOPRA, È DA INTENDERSI ESENTE IVA SE DETRAIBILE

Il sottoscritto si impegna a non modificare quanto contenuto nella “Domanda di contributo” se non previa autorizzazione da parte del Centro di coordinamento Formazione Continua sul lavoro.

Il sottoscritto **dichiara** sotto la propria responsabilità:

1. che per l'azione formativa descritta nel presente formulario non sono state presentate e non sono in corso di presentazione, altre richieste di finanziamento pubblico
2. il contributo, erogato sotto forma di sovvenzione, è destinato unicamente alla copertura delle spese sostenute per lo svolgimento di corsi di formazione; il contributo, pertanto, non rientra nell'applicazione della ritenuta del 4% prevista dal D.P.R. nr. 600/73, art. 28 e L. 67/88 art. 8/34
3. sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, art. 47, che le informazioni contenute nel presente formulario corrispondono al vero
4. di sottoporsi ai controlli ed alla vigilanza della Ripartizione provinciale Intendenza Scolastica Italiana previsti dalla normativa vigente
5. di autorizzare il trattamento dei propri dati personali così come previsto dal Reg. UE 679/2016 (GDPR):

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

Titolare del trattamento dei dati personali è la Provincia autonoma di Bolzano, presso piazza Silvius Magnago 4, Palazzo 3a, 39100 Bolzano, E-Mail: direzione generale@provincia.bz.it
PEC: generaldirektion.direzione generale@pec.prov.bz.it.

Responsabile della protezione dei dati (RPD): I dati di contatto del RPD della Provincia autonoma di Bolzano sono i seguenti: Provincia autonoma di Bolzano, Palazzo 1, Ufficio organizzazione, Piazza Silvius Magnago 1, 39100 Bolzano; E-Mail: rpd@provincia.bz.it; PEC: rpd_dsb@pec.prov.bz.it.

Finalità del trattamento: I dati forniti saranno trattati da personale autorizzato dell'Amministrazione provinciale anche in forma elettronica, per le finalità istituzionali connesse al procedimento amministrativo per il quale sono resi in base alla normativa vigente (d.lgs. 434/1996, d.lgs 33/2013, LP 40/1992, LP 12/2000, LP 17/1993, LP 29/77). Preposto/a al trattamento dei dati è il Direttore della Direzione provinciale Formazione Professionale in lingua italiana presso la sede dello stesso.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate.

Comunicazione e destinatari dei dati: I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati per gli adempimenti degli obblighi di legge nell'ambito dello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali e comunque in stretta relazione al procedimento amministrativo avviato. Potranno altresì essere comunicati a soggetti che forniscono servizi per la manutenzione e gestione del sistema informatico dell'Amministrazione provinciale e/o del sito Internet istituzionale dell'Ente anche in modalità cloud computing. Il cloud provider Microsoft Italia Srl, fornitore alla Provincia del servizio Office365, si è impegnato in base al contratto in essere a non trasferire dati personali al di fuori dell'Unione Europea e i Paesi dell'Area Economica Europea (Norvegia, Islanda e Liechtenstein).

Diffusione: Laddove la diffusione dei dati sia obbligatoria per adempiere a specifici obblighi di pubblicità previsti dall'ordinamento vigente, rimangono salve le garanzie previste da disposizioni di legge a protezione dei dati personali che riguardano l'interessato/l'interessata.

Durata: I dati verranno conservati per il periodo necessario ad assolvere agli obblighi di legge vigenti in materia fiscale, contabile, amministrativa.

Processo decisionale automatizzato: Il trattamento dei dati non è fondato su un processo decisionale automatizzato.

Diritti dell'interessato: In base alla normativa vigente l'interessato/l'interessata ottiene in ogni momento, con richiesta, l'accesso ai propri dati; qualora li ritenga inesatti o incompleti, può richiederne rispettivamente la rettifica e l'integrazione; ricorrendone i presupposti di legge opporsi al loro trattamento, richiederne la cancellazione ovvero la limitazione del trattamento. In tale ultimo caso, esclusa la conservazione, i dati personali, oggetto di limitazione del trattamento, potranno essere trattati solo con il consenso del/della richiedente, per l'esercizio giudiziale di un diritto del Titolare, per la tutela dei diritti di un terzo ovvero per motivi di rilevante interesse pubblico.

La richiesta è disponibile alla seguente pagina web: <http://www.provincia.bz.it/it/amministrazione-trasparente/dati-ulteriori.asp>.

Rimedi: In caso di mancata risposta entro il termine di 30 giorni dalla presentazione della richiesta, salvo proroga motivata fino a 60 giorni per ragioni dovute alla complessità o all'elevato numero di richieste, l'interessato/l'interessata può proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati o inoltrare ricorso all'autorità giurisdizionale.

Timbro e firma del legale rappresentante (allegare copia doc. identità)

o
Firma digitale

Data _____

Allegati obbligatori:

- dichiarazione de minimis - Deggendorf
- programma dettagliato (obiettivi e contenuti) delle azioni formative
- calendario con orario giornaliero (max 8 ore con una pausa di almeno 30 min)