

ABC CONSULTING

FORMAZIONE, CONSULENZA E COACHING

MODULO DI PRE-ISCRIZIONE AL PROGETTO INSURANCE ADVISOR 05/06

Il presente modulo verrà utilizzato da ABC Consulting per redigere il CALENDARIO FORMATIVO che verrà comunicato tramite E-mail alle Agenzie Aderenti al progetto

Ragione sociale azienda _____

Partita IVA _____ CODICE FISCALE _____

Indirizzo (via, Cap, Città) _____

Cognome e Nome (responsabile Agenzia) _____

Cellulare _____ Tel.ufficio _____ Fax _____

E-mail di riferimento _____

Numero di collaboratori (con il massimo di 5 per singola agenzia) _____

Nominativo partecipanti, loro ruolo all'interno dell'agenzia, esigenze formative (specificando per ognuno dei nominativi indicati la necessita formativa – in ore - per quanto riguarda la formazione "d'aula")

Nominativo	Ruolo ricoperto	Formazione d'aula Esigenze in ore (massimo 32 ore) con il minimo di 1 (una) giornata d'aula da 8 ore

PREFERENZE

- **Giornate di preferenza per lo svolgimento della formazione (indicare la/le proprie preferenze):**
 lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato domenica

- **Mese di preferenza in cui avviare la formazione (si ricorda che per gli addetti che operano in sede, il termine ultimo è il 30/9/07):**
 luglio agosto (prima settimana ed ultima settimana del mese) settembre

- **Desidero partecipare ai seguenti moduli di Formazione d'aula (con il minimo di 2 moduli corrispondenti ad 1 giornata d'aula da 8 ore) alle condizioni indicate nel progetto formativo di cui questo modulo è parte integrante:**
 - 1 giornata d'aula a fronte di un Investimento richiesto di 120,00€ + IVA
 - 2 giornate d'aula a fronte di un Investimento richiesto di 200,00€ + IVA
 - 3 giornate d'aula a fronte di un Investimento richiesto di 260,00€ + IVA
 - 4 giornate d'aula a fronte di un investimento richiesto di 300,00€ + IVA

Individuazione Moduli formativi cui si desidera partecipare (da compilare solo per chi desidera partecipare a parte della formazione d'aula)

- **Modulo 1 - Titolo: Aspetti generali**
- **Modulo 2 - Titolo: Polizza**
- **Modulo - Titolo: Polizza Infortuni**
- **Modulo 4 - Titolo: Polizza Malattia**
- **Modulo 5 - Titolo: Polizza Casa**
- **Modulo 6 - Titolo: Polizza Vita Caso Morte**
- **Modulo 7 - Titolo: Polizza Vita Tradizionale - gestione separata**
- **Modulo 8 - Titolo: Polizze Vita Innovative di tipo Unit ed Index Linked**
- **Modulo 9 - Titolo: Polizza di Previdenza Complementare**

Dichiaro di aver preso visione del progetto denominato INSURANCE ADVISOR 05/06 e di tutte le sue caratteristiche.

In conformità al D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 sulla tutela dei dati personali, ABC Consulting garantisce la massima riservatezza dei dati da Lei forniti e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione, inviandoci una email agli indirizzi riportati nella presente. I Suoi dati verranno utilizzati da ABC Consulting allo scopo di:

- trattamento per finalità di gestione amministrativa dei progetti formativi (fatturazioni, contabilità, logistica, formazione elenco partecipanti)
- i dati saranno trattati con modalità cartacee ed informatiche
- i dati non verranno comunicati a terzi

Letta l'informativa,

Autorizzo

Non autorizzo

Il trattamento dei dati personali per finalità di gestione amministrativa dei corsi stessi. Il conferimento dei dati sopraindicati è necessario ai fini dell'iscrizione ai nostri corsi e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporterà l'impossibilità di iscrizione.

Autorizzo

Non autorizzo

Il trattamento dei dati personali per l'invio (tramite e-mail o fax) di proposte relativamente a progetti formativi futuri, organizzati in collaborazione con il Gruppo Agenti Carnica.

In fede,

Data _____

Timbro e firma del responsabile _____