



DOMANDA DI RINNOVO ISCRIZIONE AL REGISTRO KHC

QI 420106

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME E NOME:

N. DI REGISTRO

DATA INSERIMENTO A REGISTRO

QUALIFICA: RSPP FSL FFSL CS CTS ALTRO:

presa visione (rif. www.khc.it) ed **accettato** quanto riportato:

- nel *Regolamento generale per la Certificazione del Personale e della Formazione* (QI 42 01 00);
- nello *Schema requisiti applicabile*;
- nelle *Norme Deontologiche* (QI 10 01 07);
- nel *Regolamento e Manuale d'uso del Marchio di Certificazione* (QI 10 01 08);
- nelle *Quote per la certificazione* (QI 42 01 05);

CHIEDE

il Rinnovo della Certificazione

a. Esperienza lavorativa

Allegare evidenza della continuità dell'esperienza lavorativa nella figura professionale certificata (rif. Schema requisiti applicabile, consultabile sul sito Internet www.khc.it).

b. Aggiornamento professionale

| | | |
|------------|-----------|---|
| <i>Dal</i> | <i>al</i> | <i>Allegare le evidenze dell'aggiornamento effettuato negli ultimi 3 anni (attestati, modulo KHC Professional Log compilato, dichiarazioni) (rif. Schema requisiti applicabile, consultabile sul sito Internet www.khc.it).</i> |
| <i>Ore</i> | | |

CHIEDE INOLTRE:

La rivalutazione della certificazione come _____ in riferimento ai requisiti dello schema QI _____;

L'attribuzione del:

Per RSPP-ASPP - Macrosettore ATECO (indicare almeno 1 Macrosettore ATECO): _____

Per FSL/FFSL - Area tematica (indicare almeno 1 Area tematica): _____

c. Reclami

Il sottoscritto, sotto sua personale responsabilità, DICHIARA di **non aver ricevuto** alcun reclamo in merito all'attività effettuata in funzione della qualifica riconosciutagli da KHC e per la quale è stato iscritto al relativo registro di competenza, nel periodo **dal** _____ **al** _____, o dimostra la corretta gestione dello stesso.

La validità della presente domanda è subordinata alla corretta compilazione della stessa in tutte le parti applicabili, firmata per esteso, comprensiva della documentazione richiesta e dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Data _____

Timbro e Firma _____

Firmare, anche se non compilati i campi sottostanti



DOMANDA DI RINNOVO ISCRIZIONE AL REGISTRO KHC

QI 420106

| |
|---|
| MODIFICHE AI DATI PRESENTI SUL REGISTRO DATI PUBBLICATI SUL SITO INTERNET www.khc.it Dati pubblicati sul sito Internet www.khc.it (Registro di riferimento) <input type="checkbox"/> AUTORIZZO <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZO , in caso di esito positivo del processo certificativo, previa autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del Reg. (UE) 2016/679 . |
| Registro KHC (inserire i dati che si autorizza a pubblicare/modificare rispetto ai precedenti, sul registro KHC): COGNOME e NOME _____ TITOLO DI STUDIO (es. Dott., Ing.) _____ STUDIO/AZIENDA _____ INDIRIZZO _____ CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____ Cellulare _____ Telefono _____ e-mail: _____ LUOGO E DATA DI NASCITA* _____ / ____ / ____ CODICE FISCALE*: _____ |
| *dati indicati nel certificato ed utilizzati per l'inserimento nel registro |
| INDIRIZZO PRESSO CUI SI DESIDERA RICEVERE CORRISPONDENZA/ESSERE CONTATTATI: |
| COGNOME E NOME: _____ |
| (FACOLTATIVO c/o SOCIETÀ): _____ |
| INDIRIZZO _____ CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____ |
| CELLULARE: _____ |
| E-MAIL PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA) CAMPO OBBLIGATORIO: _____ |
| E-MAIL **: _____ |
| PREVIO ESPlicito CONSENSO: ai sensi dell'art. 7 Reg. (UE) 2016/679, i suoi dati** potranno essere trattati per le seguenti finalità di <u>marketing</u> : inviarle via e-mail, tramite utilizzo di piattaforme (email marketing GDPR compliant), newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti o servizi offerti dal titolare (ad es. <u>corsi di aggiornamento, workshop ed eventi validi per il mantenimento della certificazione</u>) e rilevazioni del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi; inviarle via e-mail, comunicazioni commerciali e/o promozionali di soggetti terzi (Certification S.r.l.). In ogni caso avrà sempre la possibilità di rinunciare a ricevere le nostre comunicazioni di marketing, cliccando su "Cancellati" in calce in ogni nostra comunicazione, manifestando la volontà di non ricevere in futuro ulteriori comunicazioni. <input type="checkbox"/> esprimo il consenso <input type="checkbox"/> non esprimo il consenso |

Data _____

Firma _____



DOMANDA DI RINNOVO ISCRIZIONE AL REGISTRO KHC

QI 420106

DATI PER LA FATTURAZIONE (compilare se modificati)

COGNOME E NOME _____
 e/o STUDIO/AZIENDA _____
 INDIRIZZO _____ CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____
 PI. _____ CF _____
 Codice CIG (in caso di pubbliche amministrazioni) _____
 Operazione con IVA assoggettata a Split Payment
 Nominativo ed e-mail (a cui inviare la fatturazione, per conoscenza) _____
INVIO FATTURAZIONE (almeno un campo dei due è obbligatorio):
 PEC (Posta Elettronica Certificata) _____
 oppure
 CODICE UNIVOCO o CODICE DESTINATARIO _____
 (Codice identificativo attribuito dal canale telematico SDI per la fatturazione elettronica)

MODALITA' DI PAGAMENTO:

- per i professionisti titolari di solo Codice Fiscale il pagamento sarà effettuato a mezzo Bonifico Bancario.
- per i professionisti titolari di Partita IVA e, nel caso d'intestazione della fattura ad un'Azienda, sarà applicato l'addebito diretto SEPA - SDD (Sepa Direct Debit).

MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA

LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MANDATO COMPORTA L'AUTORIZZAZIONE A KHC - KNOW HOW CERTIFICATION S.R.L. A SOCIO UNICO, A RICHIEDERE ALLA BANCA DEL DEBITORE L'ADDEBITO DEL SUO CONTO E L'AUTORIZZAZIONE ALLA BANCA DEL DEBITORE DI PROCEDERE A TALE ADDEBITO CONFORMEMENTE ALLE DISPOSIZIONI IMPARTITE DA KHC KNOW HOW CERTIFICATION S.R.L. A SOCIO UNICO.

NOME DEL DEBITORE* (PROFESSIONISTA/AZIENDA): _____

INDIRIZZO*: _____, n. _____ CAP _____ Città _____ - PAESE*: _____

NUMERO DEL CONTO (IBAN)*: _____

BANCA DEL DEBITORE*: _____

NOME DEL CREDITORE*: KHC - KNOW HOW CERTIFICATION S.R.L. A SOCIO UNICO



CODICE IDENTIFICATIVO DEL CREDITORE*: IT88ZZZ0000003945060873

INDIRIZZO: Via Nino Bixio, 28 - 95125 CATANIA - Italia

TIPO DI PAGAMENTO*: RICORRENTE SINGOLO

LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE*: _____ **TIMBRO E FIRMA*:** _____

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

N.B.: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679, in relazione al trattamento dei Vostri dati personali da noi acquisiti, Vi forniamo le seguenti informazioni:

- i dati personali sono raccolti per finalità inerenti all'esecuzione del presente Contratto nonché per assolvere a tutte le disposizioni di legge e/o amministrative necessarie ai fini della sua esecuzione;
 - i dati saranno trattati in modo lecito, secondo correttezza e in modo da garantire la massima riservatezza e sicurezza; saranno registrati e conservati in archivi informatici e/o cartacei, in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati (es. conservati per motivi fiscali);
 - i dati saranno aggiornati, se necessario, sempre su esplicita autorizzazione;
 - i dati raccolti saranno pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati;
 - i dati saranno trattati per mezzo delle operazioni indicate, e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati;
 - i dati potranno essere comunicati e/o diffusi, se necessario, nei casi previsti dalla legge:
1. a soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto dell'azienda (tenuta della contabilità, bilanci, adempimenti fiscali, per svolgere incarichi specifici, es. Commissari d'esame e membri del Comitato di delibera, ecc...);
 2. a istituti bancari per la gestione degli incassi e dei pagamenti diversi derivanti dalle normali attività commerciali o dall'esecuzione di contratti in atto;
 3. in forma anonima per finalità statistiche;
 4. per comunicazione ed invio dei dati del Cliente in Italia ed all'estero (GDPR compliant) a terzi interessati all'attività di KHC, ad ACCREDIA ed agli Enti Pubblici di riferimento pertinenti.

Titolare del trattamento: KHC - Know How Certification S.r.l. - Via Nino Bixio, 28 - 95125 Catania.

Al titolare del trattamento sarà possibile rivolgersi per far valere i diritti come previsti dall'art. 15 all'art. 22 del Reg. UE 2016/679, scrivendo a info@khc.it.

Data _____ Firma _____