

**Ente Formatore Accreditato**

Regione Marche DDPF 230-277-1375-  
1478/2019

**ISCRIZIONE CORSO PER "ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO - ASO"  
INIZIO CORSO AUTUNNO 2020**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

NATO/A A: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) IL: \_\_\_\_\_

RESIDENTE A: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP: \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA/VIALE/CORSO: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

CELLULARE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE OCCUPAZIONALE IN MERITO ALLA PROFESSIONE ASO:**

- ASO impiegata in Studio Odontoiatrico  
 ASO non più in costanza di lavoro  
 Mai impiegata ASO

**COSTO TOTALE DEL CORSO** (contrassegnare con una X l'opzione corretta):

- ASO del SOCIO ANDI € 2.100,00 Esente IVA + marca da bollo € 2

NOMINATIVO STUDIO: \_\_\_\_\_

- ASO del NON SOCIO ANDI o NON ASO € 2.350,00 Esente IVA + marca da bollo € 2

**CORSO DA FATTURARE A:** (contrassegnare con una X l'opzione corretta):

- ASO  
 STUDIO: \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ Codice univoco \_\_\_\_\_

**ISCRIZIONE AL CORSO:**

€ 100,00 (compresa nel costo totale)+marca da bollo € 2 da versare all'atto dell'iscrizione (**totale da versare € 102,00**)

**SALDO RESIDUO da versare entro 30 giorni dalla data di iscrizione.**

\* sono possibili rateizzazioni dell'importo del SALDO RESIDUO da concordare con B.E. BETA EVENTI S.R.L.

**Il pagamento dovrà essere effettuato con una delle seguenti modalità:**

Assegno bancario o bonifico intestato a **B.E. BETA EVENTI S.R.L.** specificando chiaramente la causale del versamento ed il nominativo dell'allievo/a qualora non corrisponda all'esecutore del bonifico:

IBAN – **IT 50 G 02008 02640 000400752116** intestato a **B.E. BETA EVENTI S.R.L.**

\_\_\_\_\_ *Data*

\_\_\_\_\_ *firma del/della partecipante*

## CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

### Art. 1 – OGGETTO

Oggetto del presente contratto è l'erogazione da parte di B.E. BETA EVENTI S.r.l. di un corso finalizzato ad acquisire, previo superamento di un esame, l'attestato di QUALIFICA professionale ai sensi della DGR Regione Marche 1217/2018 per la figura professionale di "Assistente di Studio Odontoiatrico", a fronte del pagamento del corrispettivo pattuito.

### Art. 2 – ISCRIZIONE AL CORSO E PAGAMENTO DEL CORRISPETTIVO PATTUITO

All'atto della presentazione della domanda di iscrizione, dovrà essere versata la quota di iscrizione pari ad € 100,00 + marca da bollo € 2 (**totale da versare € 102,00**).

L'importo residuo dovrà essere pagato entro 30 giorni dalla data di iscrizione.

Nel caso l'iscrizione avvenga nei 30 giorni antecedenti la data di inizio del corso, lo stesso dovrà essere pagato interamente all'atto dell'iscrizione.

Tutti i suddetti **pagamenti** dovranno effettuarsi con **bonifico bancario** o assegno intestati a **B.E. BETA EVENTI S.r.l.** - IBAN – IT 50 G 02008 02640 000400752116

Il mancato versamento degli importi indicati o, in caso di rateizzazione, il mancato versamento di una singola rata, comporterà la sospensione dalle lezioni del corso.

Eventuali costi per accertamenti sanitari ed eventuali visite mediche, sono interamente a carico dell'allievo/a.

### Art. 3 – RECESSO

In ottemperanza a quanto disposto dal D.lgs. n. 21 del 21.02.2014 il/la richiedente potrà esercitare il diritto di **recesso entro il termine di 30 (trenta) giorni** dalla data di inizio del corso, senza incorrere in alcuna penale.

Tale clausola NON si applica a coloro che effettuano l'iscrizione nei 30 giorni antecedenti la data di avvio del corso stesso.

**Trascorso tale termine**, senza che l'iscritto/a abbia esercitato il diritto di recesso, lo/a stesso/a sarà tenuto/a al **pagamento dell'intero corrispettivo**.

Qualora non sia stato possibile avviare il corso entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione del contratto, in attesa di completare la classe, il/la richiedente potrà recedere dallo stesso con conseguente restituzione di quanto versato a titolo d'iscrizione.

### Art. 4 – MANCATA FREQUENZA

Per accedere all'esame finale, l'allievo/a è tenuto/a alla frequenza di almeno il 90% delle ore del Corso, calcolato sul monte ore complessivo (710 ore) o del monte ore residuo in caso di riconoscimento di crediti formativi.

**Il rispetto di tale requisito sarà esclusivamente a carico del/della partecipante, ivi compresi gli eventuali costi relativi all'organizzazione di eventuali lezioni di recupero se possibili.**

#### **Art. 5 – REGOLE DI PARTECIPAZIONE**

I/le partecipanti sono tenuti/e a:

- a) Utilizzare materiali ed attrezzature dell'ente di formazione con la massima cura e diligenza;
- b) Attenersi strettamente alle regole di sicurezza e di condotta previste dall'ente di formazione;
- c) Non effettuare registrazioni video e/o audio durante i corsi stessi senza una previa autorizzazione del docente interessato;
- d) Non ritrarre o sottrarre documenti dei quali vengono in possesso durante la loro permanenza presso le sedi dei corsi;
- e) A risarcire eventuali danni a persone e/o cose causati dal comportamento anche solo colposo.

#### **Art. 6 – DIRITTO D'AUTORE**

Il cliente prende atto per sé ed i partecipanti che i corsi ed il materiale ad essi relativo sono di proprietà dell'ente di formazione o di terzi.

È vietato pertanto copiare il materiale e/o diffondere presso terzi il contenuto dei corsi senza previa autorizzazione scritta dell'ente.

#### **Art. 7 – DIRITTO ALLA RISERVATEZZA**

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), il/la partecipante autorizza il trattamento dei dati per le finalità funzionali allo svolgimento delle attività del corso e comunque connesse alla fruizione dei relativi servizi.

#### **Art. 8 – FORO COMPETENTE**

Competente a decidere qualsiasi controversia concernente la validità, l'interpretazione e l'esecuzione delle presenti condizioni generali sarà il Foro di Ancona.

---

*Luogo e Data*

---

*firma del/della partecipante*

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il cliente approva espressamente le condizioni e pattuizioni contenute nei punti: 8) foro competente

---

*Luogo e Data*

---

*firma del/della partecipante*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Codice Fiscale \_\_\_\_\_

e residente in Via/Piazza/Corso/Viale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci:

▪ che è in possesso del seguente diploma di scuola superiore: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conseguito presso l'Istituto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Nell'anno \_\_\_\_\_

▪ che è in possesso del seguente diploma di laurea: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Nell'anno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Luogo e Data*

\_\_\_\_\_  
*firma del/della partecipante*

**Allegare alla presente documento di identità in corso di validità**