

N° Ordine: Data:

Oggetto: **CONFERIMENTO INCARICO PER LE ATTIVITA' DI CERTIFICAZIONE DI CUI
AL REGOLAMENTO UE 517/2014**

DATI AZIENDALI:

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
dell'Azienda _____

Indirizzo: _____ CAP: _____ Città: _____ Prov. _____

Tel: _____ Fax _____

Email: _____ PEC: _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale: _____

PERSONA DI RIFERIMENTO: Nome Cognome _____ Email _____

CERTIFICAZIONE DEGLI ADDETTI – ODC				
Regolamento		UE 2067 <input type="checkbox"/>	CE 304 <input type="checkbox"/>	UE 2066 <input type="checkbox"/>
CERTIFICAZIONE	CAT	€ / addetto	Addetti n°	TOTALE €
Esame comprensivo del rilascio del certificato ed iscrizione nel Registro Nazionale (a) / (c)	I			
	II*			
	III*			
	IV*			
Costo da pagare il 1° anno		COSTO CERTIFICAZIONE		+ IVA
(*) Categorie valide solo per il Reg. UE 2015/2067				
MANTENIMENTO ANNUALE		€ / addetto	Addetti n°	TOTALE €
Il Certificato ha durata di 10 anni. Ogni anno occorre effettuare il mantenimento annuale pena la sospensione della validità.		30		
Costo da pagare a partire dal 2° anno		COSTO ANNUALE (x 9 anni)		+ IVA
<p>a) La tariffa relativa alla sessione di esame comprende l'esame della documentazione e la partecipazione all'esame (teorico e pratico) e la gestione dell'intera pratica.</p> <p>b) La tariffa relativa al mantenimento annuale comprende l'esame della documentazione, il rilascio della dichiarazione di sussistenza della competenza e l'inserimento, per via telematica nella sezione apposita del registro nazionale con esito degli accertamenti.</p> <p>c) In caso di disdetta Apave Italia CPM provvederà alla cancellazione del certificato dal registro nazionale Fgas. Costo per la disdetta di ciascun certificato 30€ + IVA</p> <p>d) Non sono compresi i diritti di segreteria camerale relativi alla registrazione dei certificati rilasciati, confermati, sospesi o rinnovati, ai sensi del DM 17.07.2012</p>				
RICHIESTA DI ESECUZIONE DELL'ESAME				
	CENTRO D'ESAME: _____			
	SESSIONE (Data): _____			

MODALITA' DI PAGAMENTO: ANNUALE

A mezzo di bonifico bancario da effettuarsi prima dell'inizio della sessione d'esame o certificazione aziendale a favore di APAVE ITALIA CPM:

Banco Posta

IBAN IT60 P076 0111 2000 0001 3958 251

CAUSALE OBBLIGATORIA (⊕): indicare:

- NOME PERSONA CERTIFICATA
- DENOMINAZIONE DELL'AZIENDA

(⊕) IL CERTIFICATO VERRA' EMESSO SOLO DOPO VERIFICA DEL PAGAMENTO, LA CAUSALE E' FONDAMENTALE PER TALE ACCERTAMENTO

Il sottoscritto _____ in qualità di _____ accetta e conferma l'incarico sopra indicato nel rispetto di quanto è previsto nei regolamenti consultabili sul sito **fgas.apaveitaliacpm.it** (Certificazione del personale – REG PRS FLR 01 nella revisione in vigore alla data attuale / Condizioni generali di vendita).

Tel. _____ e-mail: _____


(Timbro e firma)

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa, disponibile presso APAVE ITALIA CPM s.r.l. o all'indirizzo web www.cpmapave.it/informativa_privacy.pdf, al trattamento dei dati trasmessi con questo conferimento di incarico, ai sensi ed in conformità della normativa nazionale applicabile e del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), in materia di trattamento dei dati e tutela della privacy. L'interessato potrà esercitare tutti i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18 e 20 del Regolamento UE 2016/679, in particolare: verificare l'esistenza, aggiornare, rettificare i propri dati, opporsi al loro trattamento qualora illegittimo e inibire l'invio di comunicazioni commerciali, scrivendo al Titolare dei dati, che è: APAVE ITALIA CPM s.r.l. (fax 0364.300.354, privacy.it@apave.com).

Data: _____

(Timbro e firma)

Spazio da compilare a cura di APAVE ITALIA CPM :

 Apave Italia Cpm S.r.l. Via Artigiani, 63 – 25040 Bienno BS	PROMOTORE COMMERCIALE	RIESAME DEL CONTRATTO DA PARTE DI APAVE ITALIA CPM S.r.l.:
	Firma	Data e Firma