

Alla PRESIDENZA DELL'ANEAS
Associazione Nazionale Esperti ed Addetti
della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
e.mail: aneas@casellapec.com

COMPILARE IN STAMPATELLO

IL SOTTOSCRITTO TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE

Nome* _____ Cognome* _____
Nato/a a* _____ prov. ()* il* _____
residente a* _____ prov. ()* c.a.p. _____
via/piazza* _____ n°* _____ C.F. * _____
tel _____ / _____ fax _____ / _____ e-mail* _____

DELLA SOCIETA' / STUDIO PROFESSIONALE / ENTE / ASSOCIAZIONE / FONDAZIONE

Ragione Sociale* _____
Sede legale* _____ c.a.p.* _____
Città* _____ Prov. () * P.Iva* _____ C.F. * _____
tel _____ / _____ fax _____ / _____ pec* _____
Iscrizione albo professionale* (se libero professionista): _____ Prov. _____ N. Iscrizione _____
Posizione INPS _____ Posizione INAIL _____ Codice REA _____
Cod.PAT _____ / _____ N. lavoratori* _____ Settore Ateco* _____
Referente _____
tel _____ / _____ e.mail* _____

CHIEDE

- avendo preso visione dello statuto, delle procedure e regolamenti interni dell'associazione ANEAS Nazionale e Territoriale;
- di essere ammesso in qualità di:

[] SOCIO ORDINARIO

[] Contanti
[] Paypal
[] Bonifico intestato a:
ASSOCIAZIONE NAZIONALE ESPERTI E ADDETTI
DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO
IBAN: IT5810200842841000103837719
CAUSALE: quota associativa anno 20__

[] SOCIO SOSTENITORE

[] Contanti
[] Paypal
[] Bonifico intestato a:
ASSOCIAZIONE NAZIONALE ESPERTI E ADDETTI
DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO
IBAN: IT5810200842841000103837719
CAUSALE: erogazione liberale

SOCIO VOLONTARIO
(non è dovuta alcuna quota di iscrizione)

SOCIO ORDINARIO PROFESSIONISTA, NONCHÉ ESSERE INSERITO NEI SEGUENTI REGISTRI PROFESSIONALI *:

RESPONSABILI DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

ADDETTO AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

COORDINATORE PER LA PROGETTAZIONE E PER L'ESECUZIONE DEI LAVORI

FORMATORE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Criterio: 1°; 2°; 3°; 4°; 5°; 6°;

Area tematica: 1. Normativa/giuridica/organizzativa; 2. Rischi tecnici Rischi igienico-sanitari;

3. Relazioni/comunicazione;

CONSULENTE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

ISTRUTTORI MACCHINE E ATTREZZATURE DI LAVORO (SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO) (*iscrizione non ancora disponibile*)

LEAD AUDITOR E AUDITOR DI SISTEMI DI GESTIONE PER LA SICUREZZA (*iscrizione non ancora disponibile*)

ASSEVERATORE DEI SISTEMI DI GESTIONE DELLA SICUREZZA (*iscrizione non ancora disponibile*)

FORMATORE IN MATERIA ANTINCENDIO

MANAGER HSE - HEALTH SAFETY ENVIRONMENT (*iscrizione non ancora disponibile*)

FORMATORE IN MATERIA DI IGIENE DEGLI ALIMENTI

CONSULENTE IN MATERIA DI IGIENE DEGLI ALIMENTI

AUDITOR/LEAD AUDITOR DI SISTEMI DI GESTIONE PER LA SICUREZZA ALIMENTARE (*iscrizione non ancora disponibile*)

Si allega la documentazione necessaria ai fini della valutazione dei requisiti specifici (copia titoli di studio, attestazioni del/dei datore/i di lavoro e/o del/i committente/i, corsi di formazione e aggiornamenti, curriculum, documento d'identità, polizza assicurativa per R.C. etc.) per la figura professionale per cui si chiede l'iscrizione (vedere VR-01/02/03/04/05/06/07), nonché copia del pagamento per l'istruttoria necessaria ai fini della verifica dei requisiti professionali + la **quota associativa annua e di iscrizione negli elenchi professionali**.

Contanti

Paypal

Bonifico intestato a:

ASSOCIAZIONE NAZIONALE ESPERTI E ADDETTI
DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO
IBAN: IT5810200842841000103837719

CAUSALE: NOME E COGNOME - quota associativa e di iscrizione elenchi professionali anno 20____

Il richiedente, solo dopo la comunicazione da parte dell'associazione dell'esito positivo della valutazione dei requisiti professionali, sarà anche inserito nei registri professionali dell'associazione ANEAS.

IL RICHIEDENTE

A tal fine, dichiara sin d'ora, di conoscere ed approvare senza riserve lo statuto dell'associazione ANEAS Nazionale e Territoriale, nonché tutti i suoi regolamenti e di aderire alla stessa assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti, in particolare di impegnarsi a versare i contributi associativi nelle misure e nelle forme determinate dagli Organi Statutari. In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che l'adesione ha validità annuale, non è quindi frazionabile e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca. È, altresì, consapevole che l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo, a condizione che essa pervenga tramite pec o raccomandata r/r entro il 30 novembre dell'anno in corso.

La presente domanda è soggetta ad accettazione con delibera del Consiglio Direttivo Nazionale ANEAS.

* i seguenti campi sono obbligatori. In mancanza non potrà essere accettata la richiesta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali resa nel separato documento dal Titolare del Trattamento, conferisce i propri dati personali ad ANEAS, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, degli artt. 6 lett. b), e) e 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 101/2018, per le finalità di servizio e con le modalità indicate nell'informativa medesima.

Avendo ricevuto, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016, l'informativa riguardante il "trattamento" dei propri dati personali, il sottoscritto:

Autorizza e consente al "trattamento" dei propri dati per tutte le finalità previste dallo Statuto di ANEAS;

Autorizza e consente ad ANEAS il trattamento dei propri dati ai fini dell'attuazione delle Convenzioni in essere con gli Istituti convenzionati (INPS, INAIL), per la riscossione dei contributi associativi.

_____, li ___/___/_____

Timbro e Firma* _____

Autorizza e consente ad ANEAS la comunicazione e l'invio, anche mediante mail, di proprio materiale promozionale, pubblicitario ed informativo riguardante le proprie iniziative ed attività.

_____, li ___/___/_____

Timbro e Firma _____

SOTTOSCRIVE E DICHIARA

Il soggetto richiedente è consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/200), quindi dichiara di aver letto, approvato ed accettato lo statuto, i regolamenti di ANEAS Nazionale e Territoriale; di non esser oggetto di provvedimenti di sospensione e/o interdittivi; di aver ricevuto, letto, sottoscritto ed approvata l'informativa sulla privacy redatta in separato documento sulla base del D.Lgs. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018, che costituisce parte integrante del presente documento, consente al trattamento dei propri dati per tutte le finalità previste dallo Statuto dell'Associazione, nel permanente e cogente rispetto della normativa suindicata così come assorbita all'interno dell'Ordinamento Italiano; consente altresì agli eventuali organi convenzionati su richiamati (INPS, INAIL) il trattamento dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge; di assumersi, insieme ai diritti legati allo status di socio, ogni obbligo conseguente, impegnandosi comunque a versare i contributi associativi, ordinari e integrativi, nelle misure e nelle forme determinate dagli organi statutari, in via diretta o anche tramite eventuali organismi convenzionati, in conformità a quanto previsto dalla Legge n. 311/73 S.m.i.

_____, li ___/___/_____

Timbro e Firma* _____

Approvazione ANEAS nazionale

Firma Delegato ANEAS

Codice Socio N. _____
Data ___/___/_____

** i seguenti campi sono obbligatori. In mancanza non potrà essere accettata la richiesta.*