



CONSORZIO FIT
VIALE MARCELLO FINZI, 587 – 41122 MODENA
TEL. 059343422 – FAX. 059848245
segreteria@consorziofit.it – www.consorziofit.it

CORSO DI DISEGNO MECCANICO CON L'UTILIZZO DI SISTEMI CAD

DETTAGLI CORSO

Durata complessiva: 140 ore

N. minimo di partecipanti: 6

N. massimo di partecipanti: 10

Costo totale per partecipante: € 1.000,00 + IVA

Data di avvio: 30 Novembre 2009 – orario: 18.30-21.30 – 2 volte alla settimana

Sede di svolgimento: Consorzio FIT – Viale M. Finzi, 587 – Modena

Certificazione rilasciata al termine: Attestato di frequenza

DESTINATARI

Il corso è rivolto a persone in possesso di competenze di base sul disegno meccanico.

OBIETTIVI

Il corso ha l'obiettivo di fornire competenze specialistiche relativamente al disegno tecnico meccanico bidimensionale e tridimensionale con l'utilizzo di sistemi di progettazione e modellazione CAD.

RISULTATI ATTESI

Al termine del corso i partecipanti saranno in grado di:

1. Progettare componenti o parti di macchine con l'utilizzo di sistemi CAD 2D e 3D;
2. Redigere ed archiviare la documentazione tecnica di un progetto;
3. Applicare in maniera corretta le normative che regolano il disegno meccanico

MODULI DIDATTICI

1. Disegno tecnico meccanico e progettazione bidimensionale – 43 ore
2. Progettazione e modellazione tridimensionale – 78 ore
3. PDM: gestione della documentazione tecnica – 11 ore
4. La qualità totale nel disegno meccanico – 8 ore



CONSORZIO FIT
VIALE MARCELLO FINZI, 587 – 41122 MODENA
TEL. 059343422 – FAX. 059848245
segreteria@consorziofit.it – www.consorziofit.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE

CORSO DI DISEGNO MECCANICO CON L'UTILIZZO DI SISTEMI CAD

DATI ANAGRAFICI :	
COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO _____
CODICE FISCALE _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
RESIDENZA	
Indirizzo _____	CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Tel. _____	Fax _____ Cell. _____
AZIENDA DI APPARTENENZA (se partecipazione tramite azienda)	
Denominazione Azienda _____	Codice Settore (ATECO) _____
Indirizzo _____	CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Tel. Azienda _____	Fax azienda _____
C.F. _____	P. iva _____ E.mail _____
Ruolo/Funzione del partecipante _____	

CONDIZIONE PROFESSIONALE:

- Occupato alle dipendenze Collaborazione
 Occupati con contratti a causa mista Imprenditore
 Lavoratore autonomo (escl. Contratti di collaborazione coord. Continuativa)

Quota di iscrizione prevista: € 1.000,00 + iva

DISDETTE E RINUNCE. Qualsiasi rinuncia deve pervenire, in forma scritta, entro 4 giorni lavorativi dall'inizio del corso. Oltre tale termine è previsto il versamento dell'intera quota di iscrizione.

Ci impegniamo a versare la quota sopra indicata **MEDIANTE:**

<input type="checkbox"/> - assegno intestato a CONSORZIO F.I.T. provvedendo al pagamento il giorno di inizio del corso	<input type="checkbox"/> - bonifico bancario, da effettuare prima dell'inizio del corso a Consorzio F.I.T. Banca: UNICREDIT - IBAN: IT53N0200866695000003103972 Si prega di inviare copia dell'avvenuto bonifico a mezzo fax al numero 059/359352 o via mail a segreteria@consorziofit.it
MODALITÀ DI PAGAMENTO Il pagamento potrà avvenire in due rate: la prima (€ 600,00) ad avvio attività e la seconda (€ 600,00) dopo il primo mese di attività	

Informativa sulla tutela dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003 n.196

La informiamo che i dati saranno trattati con strumenti informatici e non, dal Consorzio Fit e dai propri soci e partner. Ai sensi dell'art.7 del D.Lgs.196/03, Lei ha diritto di ottenere ulteriori informazioni circa i suoi dati, chiederne la cancellazione, il blocco, l'aggiornamento ovvero opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati. Può esercitare tali diritti scrivendo direttamente a Consorzio Fit Viale Virgilio 55 – 41100 Modena.

Preso atto dell'informativa sopra riportata, e consapevole che senza il mio consenso il Consorzio Fit, i propri soci e partner non potranno trattare e comunicare i miei dati e le informazioni da me fornite ai fini riportati nella presente, autorizzo Consorzio Fit, i propri soci e partner a tale trattamento.

DATA _____ FIRMA E TIMBRO AZIENDA _____