

CE.S.CON – SOCIETA' COOPERATIVA
Servizio Sicurezza Ambiente
Via Paolo Ferrari n.79 - 41121 Modena
Tel. 059/892639
corsisicurezza@confesercentimodena.it

Scheda di iscrizione

Corso di Formazione per LAVORATORI in materia di sicurezza sul lavoro (Accordo Stato - Regioni del 21/12/2011)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in qualità di titolare / legale rappresentante
della Ditta _____
con sede in (via /nr./CAP/città) _____
P. Iva _____ attività svolta _____ Cod. ATECO _____
Codice univoco _____ telefono _____ e-mail _____
eventuale riferimento aziendale per comunicazioni Sign./Sig.ra _____

chiede di iscrivere nr. ____ lavoratori (indicati nell'Allegato della presente scheda) ai seguenti corsi di formazione organizzati da CONFESERCENTI Modena presso le proprie Sedi, con modalità e contenuto conforme a quanto previsto dall'Accordo Conferenza Stato - Regioni del 21/12/2011:

Corso di FORMAZIONE GENERALE valida per tutte le tipologie d'attività di 4 ore:
Quota di iscrizione € 75,00 + IVA per partecipante

Corso di FORMAZIONE SPECIFICA per attività a RISCHIO BASSO di 4 ore:
Quota di iscrizione € 75,00 + IVA per partecipante

Corso di FORMAZIONE SPECIFICA per attività a RISCHIO MEDIO di 8 ore:
Quota di iscrizione € 110,00 + IVA per partecipante

Corso d'AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE della formazione valido per tutte le tipologie d'attività di 6 ore : quota di iscrizione € 100,00 + IVA per partecipante (* per accedere a tali corsi è necessario che il lavoratore sia in possesso di **formazione pregressa formalmente documentata)**

La quota di iscrizione viene versata con la modalità di seguito specificata (*barrare la casella*):

- Pagamento diretto c/o Sede Confesercenti
 Bonifico bancario (IBAN B.P.E.R. sede Modena IT 51 P 05387 12900 000000014862 intestato a CE.S.CON. Società Cooperativa)
 Pagamento diretto il primo giorno del corso presso la Sede di svolgimento del corso stesso
 Delega bancaria - Convenzione di Tesoreria (*firma per l'addebito in c/c: _____*)

Il sottoscritto dichiara che i partecipanti al corso sono regolarmente assicurati contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e libera gli organizzatori da ogni responsabilità.

Firma del titolare o legale rappresentante

Data _____

Per Sedi Confesercenti: Sede di _____ Codice azienda _____
Formazione lavoratori - Codice Pr.03418

ALLEGATO: DATI ANAGRAFICI DEI LAVORATORI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____ Mansione svolta _____