

ADDETTO PRIMOSOCORSO



Confederazione delle Libere Associazioni Artigiane Italiane
ASSIMPRESA CALABRIA
CLAAI COSENZA
claaics@libero.it www.claaicosenza.it

Associazione dell'Artigianato - Piccole Imprese - Lavoro Autonomo - Terziario - Professioni

Mod. 0504

SCHEDA di PRENOTAZIONE

da inviare per fax a 0984 1636513 o 0983 033591 o per e-mail claaics@libero.it

Spett. le **PRESIDENTE**
ASSIMPRESA CALABRIA CLAAI

Il/La sottoscritto/a _____ CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ Cap _____ (____) via _____ n. _____

nella sua qualità di datore di lavoro: Titolare Socio Legale Rappresentante

della ditta _____ P. Iva

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

esercente l'attività di _____

con sede in _____ Cap _____ (____) via _____ n. _____

telefono _____ fax _____ cel. _____ e-mail _____

con n. _____ Dipendenti, n. _____ Soci, n. _____ Collaboratori (familiari e non), n. _____ Associati in Partecipazione

CHIEDE

l'iscrizione al corso per

ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO

**artt. 43 e 46 del D. Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e I contenuti di cui all'allegato 4 Gruppo B e C del D.M. n. 388/03
dei seguenti dipendenti:**

Cognome e Nome _____ matricola n. _____ tel. _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente in _____ Cap _____ (____) via _____ n. _____

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dati personali.

Firma del lavoratore per accettazione

Cognome e Nome _____ matricola n. _____ tel. _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente in _____ Cap _____ (____) via _____ n. _____

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dati personali.

Firma del lavoratore per accettazione

Cognome e Nome _____ matricola n. _____ tel. _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente in _____ Cap _____ (____) via _____ n. _____

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dati personali.

Firma del lavoratore per accettazione

CHIEDE

inoltre l'iscrizione al corso per se stesso o per il socio / amministratore:

Cognome e Nome _____ CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a _____ (____) il _____ tel. _____

residente in _____ Cap _____ (____) via _____ n. _____

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dati personali.

_____ li _____

Timbro e Firma

La scheda di prenotazione va compilata in ogni sua parte, timbrata e sottoscritta, con documento di identità valido + CF da consegnare o inviare per fax al n. 0984 1636513 o 0983 033591 o per e-mail a claaics@libero.it, con riserva di presentare, prima dell'inizio del corso, domanda di adesione alla claa, copia visura CCIAA, cod. INPS IVS, cod. INAIL (Ditta + PAT), matricola INPS (DM10). Si prende atto che il corso si svolgerà se raggiunto un numero minimo di 20 partecipanti.