

Prot. n. 70 SC/mg

Asti, 26 settembre 2017

**OGGETTO: CORSO INFORMAZIONE, FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO ALL'USO DI D.P.I. di 3a CATEGORIA (anticaduta, otoprotettori, protezione vie respiratorie).**

Spett.Le Impresa,  
con La presente siamo a comunicarVi che è ns intenzione svolgere il corso in oggetto, che si terrà in data:

**11 ottobre 2017** (se saranno raggiunte almeno le **10 unità**)

Il corso ha la durata di 8 ore e verrà così suddiviso:

- la parte teorica (di 4 ore) dalle 8,00 alle ore 12,00
- la parte pratica (di 4 ore) dalle ore 13,00 alle ore 17,00

Per la parte pratica sono indispensabili i dispositivi di protezione individuale che **ogni allievo dovrà avere con sé** in modo da rendere più efficace la formazione.

**Si ricorda che il lavoratore dovrà portare con sé il vecchio libretto formativo per il suo aggiornamento.**

Si ricorda inoltre che è necessario effettuare il bonifico **per ogni partecipante** di:  
**€. 79,30 (€ 65,00+ IVA 22%)**  
ed inviare il modulo di iscrizione allegato per confermare la partecipazione al corso **entro il 04/10/2017.**

Il bonifico deve essere effettuato a favore di:

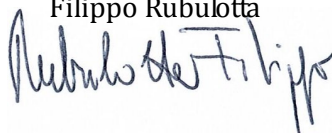
**ENTE UNICO PER LA FORMAZIONE E LA SICUREZZA DELLA PROVINCIA DI ASTI**

**Iban: IT 83 M 08530 10305 000600100918**

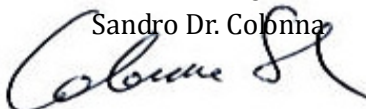
Si richiede copia cartacea via mail: [info@cfsasti.org](mailto:info@cfsasti.org)

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

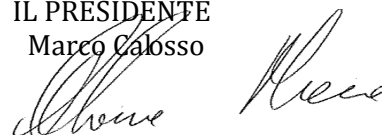
IL VICEPRESIDENTE  
Filippo Rubulotta



IL DIRETTORE  
Sandro Dr. Colonna



IL PRESIDENTE  
Marco Calosso



All. Modulo di iscrizione



**ENTE UNICO PER  
LA FORMAZIONE  
E LA SICUREZZA**  
DELLA PROVINCIA DI ASTI

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AL  
CORSO INFORMAZIONE, FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO  
ALL'USO DI D.P.I. di 3a CATEGORIA  
D. Lgs. 9/04/2008 n. 81 Art. 77 comma 4 lett. h) e comma 5  
(Per unità dipendenti da imprese Cassa Edile)**

La sottoscritta impresa

con sede in

prov.

Via

Cap

Telefono

fax

e-mail

Codice Fiscale

P.Iva

iscritta alla Cassa Edile di

con il n°

Posizione INAIL

Nominativo di riferimento per il corso

**designa a partecipare al Corso indicato il/la sig./ra:**

**Cognome**

**Nome**

Luogo di nascita

Prov.

data di nascita

Residente in Via

Cap

Comune

Prov.

Tel.

Titolo di studio

Codice Fiscale

Posiz. INAIL N°

Titolare

Dipendente

\_\_\_\_\_  
Firma del corsista

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma impresa

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI PER GLI EFFETTI DELLA LEGGE 196/2003 SULLA PRIVACY**

I sottoscritti, tenendo conto di quanto previsto dall'art. 13 della legge 196/2003, consentono al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo di iscrizione, nella misura necessaria per il proseguimento degli scopi statutari dell'Ente Unico per la Formazione e la Sicurezza della provincia di Asti e per i servizi formativi, informativi e sulla sicurezza sul lavoro.

\_\_\_\_\_  
Firma del corsista

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma impresa

**DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO A :**