

Asti, 7 novembre 2017

Prot. n. 80 SC/mg

OGGETTO: CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI DESIGNATI AL PRONTO SOCCORSO PER LE AZIENDE DI GRUPPO "A"

Spett. Le Impresa,

con La presente siamo a comunicarVi che è ns intenzione svolgere il corso in oggetto, della durata di 16 ore, che si terrà nelle date di **lunedì 4 dicembre 2017 e martedì 5 dicembre 2017** (se saranno raggiunte almeno le **12 unità**) presso la Ns sede, con orario **dalle 8.00 alle 12.00 e dalle 13.00 alle 17.00**.

Qualora si raggiungesse il numero minimo sarà possibile eseguire percorsi di aggiornamento (**MAX 8 PERSONE**) nella giornata del **5 dicembre 2017** secondo le seguenti modalità:

- Aggiornamento Addetto Primo Soccorso Gr. A con orario **10,00 -12,00 e 13,00 - 17,00**
- Aggiornamento Addetto Primo Soccorso Gr. B/C con orario **13,00 - 17,00**

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:

- €. **146,40** (€ 120,00+ IVA 22%) **CORSO COMPLETO**
- €. **61,00** (€ 50,00+ IVA 22%) **Aggiornamento Primo Soccorso Gr. A (allegare attestato)**
- €. **61,00** (€ 50,00+ IVA 22%) **Aggiornamento Primo Soccorso Gr. B/C (allegare attestato)**

ed inviare il modulo di iscrizione allegato via mail all'indirizzo di posta info@cfsati.org per confermare la partecipazione al corso **entro il 27/11/2017**

Il bonifico deve essere effettuato a favore di:

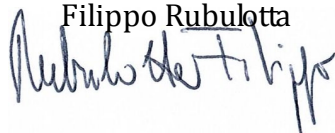
ENTE UNICO PER LA FORMAZIONE E LA SICUREZZA DELLA PROVINCIA DI ASTI

Iban: IT 83 M 08530 10305 000600100918

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

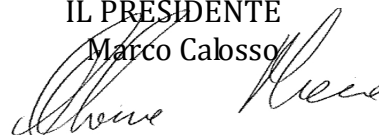
IL VICEPRESIDENTE

Filippo Rubulotta



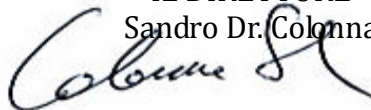
IL PRESIDENTE

Marco Calosso



IL DIRETTORE

Sandro Dr. Colonna



All.

- Modulo di iscrizione

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AL
CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI DESIGNATI AL PRONTO SOCCORSO
PER LE AZIENDE DI GRUPPO "A"**

ai sensi del D.M. 388/2003 e del D.Lgs 9/04/2008 n. 81 art. 37 c.9
(Per unità dipendenti da Imprese Cassa Edile di Asti)

CORSO COMPLETO

AGG. Gruppo A
 AGG. Gruppo B/C

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

classificazione ATECO

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.

Codice Fiscale

Posiz. INAIL N°

Titolare

Titolo di studio

Dipendente - Mansione: _____

Licenza elementare

Licenza media

Per lavoratori stranieri

Diploma

Grado conoscenza della lingua italiana _____

Laurea

Firma del corsista

Data ____/____/____.

Timbro e firma impresa

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: