

OGGETTO: CORSO AGGIORNAMENTO 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 6 ore (4 ore per il gruppo B/C), che si terrà nelle date di **24 AGOSTO 2020 (posti disponibili 10 causa COVID)** presso la Ns sede, con orario **dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00.**

Qualora si raggiungessero adesioni superiori alla disponibilità verrà predisposta una nuova sessione la cui data verrà comunicata successivamente.

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:

€. 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.

Il bonifico deve essere effettuato a favore di:

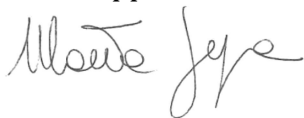
ENTE UNICO PER LA FORMAZIONE E LA SICUREZZA DELLA PROVINCIA DI ASTI

Iban: IT 83 M 08530 10305 000600100918

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

IL VICEPRESIDENTE

Giuseppe Manta



IL PRESIDENTE

Emanuele geom. Saracino



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)

AGG. Gruppo A

AGG. Gruppo B/C

La sottoscritta impresa

con sede in

prov.

Via

Cap

Telefono

fax

e-mail

Email -PEC

Codice Univoco

Codice Fiscale

P.Iva

iscritta alla Cassa Edile di

con il n°

Nominativo di riferimento per il corso

classificazione ATECO

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

Diploma

Laurea

Per lavoratori stranieri

Grado conoscenza della lingua italiana _____

Firma del corsista

Data ____/____/____.

Timbro e firma impresa

DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SULLA PRIVACY

I dati personali da lei forniti in sede di iscrizione al corso, li trattiamo per fini istituzionali, amministrativi e contabili nel rispetto dei principi e disposizioni stabilite dal D.Lgs. 196/2003, dal Regolamento Europeo 679/2016 nonché dai provvedimenti emanati dall'Autorità Garante. I Suoi dati non saranno oggetto di diffusione. Titolare del trattamento è: l'ENTE UNICO PER LA FORMAZIONE E LA SICUREZZA con sede in via Luigi Borsarelli di Rifreddo 19, 14100 Asti (AT). Il Titolare conserva una lista aggiornata dei responsabili nominati e ne garantisce la presa visione all'interessato presso la sede sopra indicata. L'informativa completa redatta ai sensi dell'art. 13 del G.D.P.R. 679/16 è a Vostra disposizione sul nostro sito www.cfsasti.org o presso la segreteria del Titolare.

Firma del corsista

Timbro e firma impresa

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE COMPILATO A: