



AGGIORNAMENTO
DATORI DI LAVORO SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE – RSPP
D.lgs. 81/08, art. 32 e art. 33

6 ore basso rischio 10 ore medio rischio 14 ore alto rischio

La sottoscritta impresa

con sede in _____ prov. _____ via _____ CAP _____
tel. _____ Pec. _____ e-mail _____
C. F. _____ P. IVA _____ COD. UNIVOCO _____
iscritta / non iscritta alla Cassa Edile di _____ con il n° _____
Settore attività _____

chiede che il CPT provveda alla informazione e alla formazione dei lavoratore/i
inserito/i nell'apposita scheda allegata

e fa presente che le unità totali presenti al corso saranno n° _____

L'impresa si impegna a far partecipare le unità, di cui all'elenco allegato, alle lezioni, come da accordi che saranno presi con il **CPT di Agrigento**.

L'impresa si impegna, previa richiesta del CPT di Agrigento, a fornire la documentazione necessaria per l'iscrizione al corso.

Referente dell'impresa _____ Legale rappresentante _____

tel. _____ e-mail _____

GRATUITO ALLE IMPRESE ISCRITTE ALLA CASSA EDILE

Totale contributo a partecipante € 135.00

Il contributo dovrà essere versato a: ESIEA – Via Parco del Mediterraneo – Villasetta Agrigento presso: UNICREDIT – IBAN: IT 90 R 02008 16600 0000 10036394

N.B. Il 50% del contributo didattico dovrà essere versato prima dell'inizio del corso e dovrà essere allegato alla domanda di iscrizione. Al ritiro dell'attestazione finale dovrà essere prodotta copia del bonifico bancario della rimanente quota.

Tutte le informazioni sono indispensabili, ove illeggibili o incomplete, la Vostra richiesta sarà ritenuta nulla.

Avendo preso visione dell'informativa ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo n°196/2003, autorizzo l'Esiea CPT al trattamento dei dati.

Agrigento ___/___/_____

Timbro e firma



Per ogni corsista, compilare i sottostanti riquadri

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Qualifica	Mansione
Codice fiscale	Tel
Domiciliato in via	Prov

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Qualifica	Mansione
Codice fiscale	Tel
Domiciliato in via	Prov

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Qualifica	Mansione
Codice fiscale	Tel
Domiciliato in via	Prov

Tutte le informazioni sono indispensabili, ove illeggibili o incomplete, la Vostra richiesta sarà ritenuta nulla.

N.B. Allegare documento di riconoscimento di ogni partecipante.