



MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO DI
ADDETTO ANTINCENDIO

Basso Rischio ORE 4 **Medio rischio ORE 8**

D.L.gs 81/08 e s.m.i. art. 37 comma 9 D.M. 02.09.2021

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 € 70.00 - € 100.00

Il contributo dovrà essere versato a: ESIEA – Via Parco del Mediterraneo – Villaseta 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.