



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

16 ore basso rischio

32 ore medio rischio

48 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 € 150,00 / € 180,00 / € 200,00**

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**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>
<b>Qualifica</b>	<b>Mansione</b>
<b>Codice fiscale</b>	<b>Tel</b>
<b>Domiciliato in via</b>	<b>Prov</b>

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>
<b>Qualifica</b>	<b>Mansione</b>
<b>Codice fiscale</b>	<b>Tel</b>
<b>Domiciliato in via</b>	<b>Prov</b>

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>
<b>Qualifica</b>	<b>Mansione</b>
<b>Codice fiscale</b>	<b>Tel</b>
<b>Domiciliato in via</b>	<b>Prov</b>

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

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