

Modulo di iscrizione al corso di: (Crociare i corsi prescelti)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RSPP | <input type="checkbox"/> Formazione per i lavoratori (Art. 37 comma 1 D.Lgs. 81/08 e Accordo del 21/12/2011) |
| <input type="checkbox"/> Primo Soccorso aziendale | <input type="checkbox"/> Somministrazione al pubblico di alimenti e bevande |
| <input type="checkbox"/> Sicurezza antincendio e gestione delle emergenze | <input type="checkbox"/> Altro: _____ - |
| <input type="checkbox"/> RLS | |

Dati CORSISTA (caratteri leggibili)

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale (obbligatorio): _____

Profilo Professionale (obbligatorio): _____

Dati dell'AZIENDA

Ragione Sociale (obbligatorio): _____

VIA _____ **NUM** _____

CITTA'-PAESE-PROV: _____

Telefono aziendale/ mail (obbligatorio) _____

Attività svolta (obbligatorio): _____

CODICE ATECO: _____ **Codice Fiscale / P.IVA** _____

Data Iscrizione ___/___/____ **CORSO PREVISTO PER IL MESE DI** _____

Si informa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 e del Regolamento Privacy - GDPR 679/2016 che i dati personali di cui alla presente scheda, ovvero i dati eventualmente acquisiti saranno trattati per finalità riguardanti la compilazione dell'attestazione di avvenuta formazione e verranno custoditi presso la sede di EBIN PROVINCIALE

Si acconsente al trattamento dei dati personali al solo fine della compilazione dell'attestazione di avvenuta formazione e la loro archiviazione.

Il presente modulo vale come richiesta di associazione come socio di FEDERAZIENDE socio di FEDERDIPENDENTI socio SOSTENITORE al fine di poter usufruire dei servizi offerti da E.Bi.N.

Firma
