



ASSOCIAZIONE
"CASA FAMIGLIA S. FRANCESCO"
O.N.L.U.S.
ENTE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ACCREDITATO
via C. Menotti 73059 GEMINI (LE)
Tel./Fax 0833/55.49.04 - C.F. e P.I.: 02610150753
MAIL: amministrazione@cfsanfrancesco.org
www.cfsanfrancesco.org

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"/> Formazione Alimentaristi LR 22/07 |
| <input type="checkbox"/> Sicurezza antincendio e gestione
delle emergenze | <input type="checkbox"/> SPAB – abilitazione nuova attività |
| <input type="checkbox"/> Barman | <input type="checkbox"/> Macchine Movimento terra |
| <input type="checkbox"/> Mulettisti | <input type="checkbox"/> Pizzaioli |
| <input type="checkbox"/> Monitoraggio e smontaggio ponteggi | <input type="checkbox"/> Aggiornamento corso _____ |
| <input type="checkbox"/> Assistente bagnante | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Addetti alla gestione del rischio Biologico | |

DATI CORSISTA

Nome e cognome (obbligatorio)

Luogo di nascita (obbligatorio)

 Prov.

Data di nascita (obbligatorio)

Luogo di residenza (obbligatorio)

 Prov.

Indirizzo (obbligatorio – via e numero civico)

Codice fiscale (obbligatorio)

Telefono (obbligatorio)

Email (obbligatoria)

Mansione svolta (obbligatorio)

Dati dell'AZIENDA

Ragione Sociale (obbligatorio)

Attività svolta (obbligatorio)

CODICE ATECO:

Codice fiscale/P.IVA (obbligatorio)

Indirizzo (obbligatorio: VIA e NUM CIVICO - PAESE - PROV)

Telefono aziendale e mail (obbligatorio)

Autorizzo fin d'ora l'Associazione Casa Famiglia S. Francesco ONLUS al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196 del 2003.

Data _____

Firma

Per accettazione il Direttore dell'Ente Formativo:

(Dr. Gianluca Scozzi)

Info: 320.8710086 /0833.554904