

# ADDETTO ANTINCENDIO



Confederazione delle Libere Associazioni Artigiane Italiane

**ASSIMPRESA CALABRIA**

**CLAAI COSENZA**

[claiacs@libero.it](mailto:claiacs@libero.it)

[www.claaicosenza.it](http://www.claaicosenza.it)

Associazione dell'Artigianato - Piccole Imprese - Lavoro Autonomo - Terziario - Professioni

Mod. 0503

## SCHEDA DI PRENOTAZIONE

da inviare per fax a 0984 1636513 o 0983 033591 o per e-mail [claiacs@libero.it](mailto:claiacs@libero.it)

Spett.le **PRESIDENTE**

**ASSIMPRESA CALABRIA CLAAI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CF 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

nella sua qualità di datore di lavoro: Titolare  Socio  Legale Rappresentante

della ditta \_\_\_\_\_ P. Iva 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

esercente l'attività di \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

con n. \_\_\_\_\_ Dipendenti, n. \_\_\_\_\_ Soci, n. \_\_\_\_\_ Collaboratori (familiari e non), n. \_\_\_\_\_ Associati in Partecipazione

### CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO di FORMAZIONE per

**"ADDETTI ANTINCENDIO" - Artt. 36, 37, 46 del D. Lgs. 81/08 e DM del 10/03/1998**

- |  |                    |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> rischio basso | - durata di 4 ore  |
| <input type="checkbox"/> rischio medio | - durata di 8 ore  |
| <input type="checkbox"/> rischio alto  | - durata di 16 ore |

#### dei seguenti dipendenti:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dati personali.*

\_\_\_\_\_  
Firma del lavoratore per accettazione

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dati personali.*

\_\_\_\_\_  
Firma del lavoratore per accettazione

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dati personali.*

\_\_\_\_\_  
Firma del lavoratore per accettazione

#### CHIEDE

inoltre l'iscrizione al corso anche per il socio / titolare:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ CF 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dati personali.*

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma

La scheda di prenotazione va compilata in ogni sua parte, timbrata e sottoscritta, con documento di identità valido + CF da consegnare o inviare per fax al n. 0984 1636513 o 0983 033591 o per e-mail a [claiacs@libero.it](mailto:claiacs@libero.it), con riserva di presentare, prima dell'inizio del corso, domanda di adesione alla clai, copia visura CCIAA, cod. INPS IVS, cod. INAIL (Ditta + PAT), matricola INPS (DM10).

Si prende atto che il corso si svolgerà se raggiunto un numero minimo di 20 partecipanti.