RSPP
DATORE di LAVORO

Confederazione delle Libere Associazioni Artigiane Italiane
ASSIMPRESA CALABRIA
CLAAI COSENZA
claaics@libero.it www.claaicosenza.it
Associazione dell'Artigianato - Piccole Imprese - Lavoro Autonomo - Terziario – Professioni

Mod. 0501

SCHEDA di PRENOTAZIONE

da inviare per fax a 0984 1636513 o 0983 033591 o per e-mail claai.cs@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

INTENDENDO SVOLGERE DIRETTAMENTE I COMPITI PROPRI DEL SERVIZIO di PREVENZIONE e PROTEZIONE dai RISCHI LAVORATIVI (RSPP)
art. 34 c. 2 D. Lgs. n. 81/08 e s.m.i. – Contenuti di cui all'accordo Stato-Regioni del 21/12/2011

CHIEDE di FREQUENTARE il CORSO di FORMAZIONE per

RSPP – "RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE"

DATORE di LAVORO

Rischio: ☐ basso ore 16 ☐ medio ore 32 ☐ alto ore 48

(Il corso deve essere obbligatoriamente frequentato dal titolare o da un socio dell'impresa)

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 claai.cs@libero.it, con riserva di presentare, prima dell'inizio del corso, domanda di adesione alla claai, copia visura CCIAA, cod. INPS IVS, cod. INAIL (Ditta + PAT), matricola INPS (DM10).

Ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 accorda il consenso al trattamento dei dati per le finalità associative.

Data _____

Firma e Timbro

_____

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