



## CALENDARIO CORSI

### e SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in STAMPATELLO

e inviare tramite fax al n. **030.5122130** oppure

e-mail [formazione@poliambulatoriomedline.it](mailto:formazione@poliambulatoriomedline.it)

- **CORSO DI FORMAZIONE** (barrare il corso di formazione al quale si è interessati)

<input type="radio"/> FORMAZIONE GENERALE DEI LAVORATORI	3 OTTOBRE, ore 8.30-12.30
<input type="radio"/> FORMAZIONE ADDETTI ANTINCENDIO <i>rischio basso</i>	8 OTTOBRE, ore 8.30-12.30
<input type="radio"/> FORMAZIONE ADDETTI ANTINCENDIO <i>rischio medio</i>	8 OTTOBRE, ore 8.30-12.30 + prova pratica pomeriggio
<input type="radio"/> FORMAZIONE ADDETTI PRIMO SOCCORSO <i>gruppo A</i>	7-8-15 NOVEMBRE
<input type="radio"/> FORMAZIONE ADDETTI PRIMO SOCCORSO <i>gruppo B e C</i>	8-15 NOVEMBRE
<input type="radio"/> AGGIORNAMENTO ADDETTI PRIMO SOCCORSO <i>gruppo A, B, C</i>	15 NOVEMBRE
<input type="radio"/> CORSO PER CARRELLI INDUSTRIALI SEMOVENTI (CARRELLISTI)	17-24 NOVEMBRE
<input type="radio"/> FORMAZIONE DEL DATORE DI LAVORO RSPP <i>rischio basso</i>	28 NOVEMBRE, 5-12-19 DICEMBRE ore 8.30-12.30
<input type="radio"/> FORMAZIONE DEL DATORE DI LAVORO RSPP <i>rischio medio/alto</i>	prime 32 ore: 28 NOVEMBRE, 5-12-19-22 DICEMBRE, 9-16-23 GENNAIO ore 8.30-12.30
<input type="radio"/> FORMAZIONE DEL RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI - RLS	28 NOVEMBRE, 5-12-19-22 DICEMBRE, 9-16-23 GENNAIO ore 8.30-12.30
<input type="radio"/> AGGIORNAMENTO DATORE DI LAVORO RSPP <i>basso/medio/alto</i>	primo incontro: 12 DICEMBRE, ore 8.30-12.30
<input type="radio"/> AGGIORNAMENTO RLS	12 DICEMBRE, ore 8.30-12.30

**Sede dei corsi:** presso il Poliambulatorio Medline (via Verdi s.n. Poncarale – a 50 m. dalla farmacia)

**Attivazione:** la conferma di attivazione dei corsi verrà comunicata agli iscritti una settimana prima della data di inizio prevista

**Quote:** per richiedere un preventivo inviare la scheda compilata o contattare Medline per maggiori informazioni

- **DATI RELATIVI AI PARTECIPANTI** (per più di tre partecipanti compilare una seconda scheda)

1 .....  
**cognome e nome** ..... mansione ricoperta in azienda

nato a ..... prov. .... in data .....

2 .....  
**cognome e nome** ..... mansione ricoperta in azienda

nato a ..... prov. .... in data .....

3 .....  
**cognome e nome** ..... mansione ricoperta in azienda

nato a ..... prov. .... in data .....

- **MODALITA' DI PAGAMENTO** Fattura emessa alla data di inizio corso - pagamento con R.I.B.A. 30 gg D.F.F.M.

Nome Banca ..... Filiale ..... ABI ..... CAB .....

- **DATI RELATIVI ALL'AZIENDA - COMPILARE TUTTI I CAMPI**

ragione sociale ..... codice fiscale e p. iva .....

sede legale (via, n. civico, cap, prov) .....

Telefono fisso ..... fax ..... email @ .....

ente bilaterale/paritetico di riferimento ..... settore di appartenenza dell'azienda (macrosettore ATECO) .....

Autorizziamo Medline e AiFOS ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione L'informativa dettagliata relativa al trattamento dei dati dei clienti di AiFOS è consultabile nell'apposita sezione del sito internet <http://www.aifos.it>

Luogo e data ..... Firma e timbro.....