DOMANDA DI ADESIONE

(Si prega di compilare ogni parte in stampatello. **TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI**)

DATI PARTECIPANTE

COGNOME_____ NOME_____

NATO A_____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A_____ PROV_____ C.A.P. _____

VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

DATI AZIENDA

RAGIONE SOCIALE _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

VIA _____ N° _____

COMUNE_____ PROV_____ C.A.P. _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO PER ADDETTI ASL SERVIZIO DI PRIMO SOCCORSO (Aziende gruppo A e B – rischio medio)

☐ FORMAZIONE (12 ore)

☐ AGGIORNAMENTO (4 ore)

In caso di aggiornamento dichiara di aver frequentato il corso base e di essere in possesso del relativo attestato di formazione.

_____, ___/___/____ _____

Firma

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' e CODICE FISCALE

Ufficio Tecnico
Confagricoltura Pavia

Viale Canton Ticino n. 16 - 27100 PAVIA
TEL 0382.3854233/37/43
e-mail formazione.sicurezza@confagricoltura.it
cod. fisc. 80007250188 - P. IVA 01130620188