

ISCRIZIONE CORSI DI FORMAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Mail _____

In qualità di:

Datore di Lavoro dell'Azienda _____

Lavoratore autonomo

con sede Legale a _____ in Via _____

Partita IVA _____

Con Codice Ateco: _____

CHIEDE

L'iscrizione ai seguenti corsi di formazione (indicare quelli di interesse):

| CORSI RIVOLTI AI LAVORATORI AUTONOMI E/O LAVORATORI DIPENDENTI | CORSI RIVOLTI AI DATORI DI LAVORO |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formazione Lavoratori Rischio Basso | <input type="checkbox"/> Formazione Datore di Lavoro che svolge il Ruolo di RSPP Rischio Basso |
| <input type="checkbox"/> Formazione Lavoratori Rischio Medio | <input type="checkbox"/> Formazione Datore di Lavoro che svolge il Ruolo di RSPP Rischio Medio |
| <input type="checkbox"/> Formazione Lavoratori Rischio Alto | <input type="checkbox"/> Formazione Datore di Lavoro che svolge il Ruolo di RSPP Rischio Alto |
| <input type="checkbox"/> Formazione Preposti | <input type="checkbox"/> Aggiornamento Datore di Lavoro che svolge il Ruolo di RSPP Rischio Basso |
| <input type="checkbox"/> Aggiornamento Lavoratori Rischio Basso | <input type="checkbox"/> Aggiornamento Datore di Lavoro che svolge il Ruolo di RSPP Rischio Medio |
| <input type="checkbox"/> Aggiornamento Lavoratori Rischio Medio | <input type="checkbox"/> Aggiornamento Datore di Lavoro che svolge il Ruolo di RSPP Rischio Alto |
| <input type="checkbox"/> Aggiornamento Lavoratori Rischio Alto | |
| <input type="checkbox"/> Aggiornamento Preposti | |
| <input type="checkbox"/> Aggiornamento RLS | |

DATA _____ (Firma leggibile) _____

Indicare i nominati delle persone che parteciperanno ai corsi sopra segnati:

| N. | Nome Cognome | Data e luogo di nascita | Codice Fiscale | Corso di interesse |
|----|--------------|-------------------------|----------------|--------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali di seguito forniti, per la "Richiesta di adesione corsi di formazione di cui alla Delibera n. 742 del 07/06/2024", organizzati dall'Asp di Palermo – Dipartimento di Prevenzione – U.O.C. PRESAL.

DATA _____ **(Firma leggibile)** _____