

ADDETTI ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE: RISCHIO ALTO PRIMO SOCCORSO

DURATA CORSO: **16 ORE**

IN PRESENZA – **ON LINE** (LA PARTE PRATICA SARÀ SVOLTA ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA)

Compilare, firmare e inviare a formazione.sicurezza@cefmectp.it – fax **06.4064833**

DATI IMPRESA

IMPRESA	DENOMINAZIONE IMPRESA		CODICE UNIVOCO FATT. ELETTRONICA	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PERSONA FISICA	NOME	COGNOME		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SEDE	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	CITTÀ	PROV	CAP	
RECAPITI	TELEFONO	CELLULARE	FAX	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	EMAIL			
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		PARTITA IVA	<input type="text"/>

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

(SCHEDA UTENTI NELL'ALLEGATO A)

Impresa **ISCRITTA** alla Cassa Edile di Roma e Provincia
€ 160,00 (IVA esente) cad.

Impresa **NON ISCRITTA** alla Cassa Edile di Roma e Provincia e **LIBERI PROFESSIONISTI**
€ 240,00 (IVA esente) cad.

NUMERO ISCRIZIONE

CON REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA PER IMPRESA E LAVORATORI DESIGNATI
La quota **non è applicabile** per le Imprese che, seppur iscritte in Cassa Edile di Roma e Provincia, designano lavoratori inquadrati con altro contratto di lavoro.

Impresa **NON ISCRITTA** alla Cassa Edile di Roma e Provincia e **LIBERI PROFESSIONISTI**
Con **MINIMO 3 designati**
€ 216,00 (IVA esente) cad.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Pagamento tramite bonifico bancario all'IBAN
IT57W050340320500000161991

Nella causale indicare **codice corso** e **numero quote** per le quali si effettua il versamento

Copia bonifico dovrà pervenire al CEFMECTP contestualmente alla lettera di convocazione firmata per accettazione

- In caso di rinuncia al corso, la quota versata non sarà rimborsata.
 - Qualora tale rinuncia pervenga al CEFMECTP due giorni prima dell'avvio del corso, si potrà utilizzare la quota versata per la partecipazione alla successiva edizione della medesima tipologia corso.
 - Il CEFMECTP si riserva di variare o posticipare date e orari dei corsi.
 - Le iscrizioni si accettano fino ad esaurimento posti. Qualora il numero minimo di partecipanti non fosse raggiunto, il CEFMECTP si riserva il diritto di annullare il corso, dandone comunicazione ai soggetti già iscritti.
 - La data di inizio dei corsi, raggiunto il numero minimo di iscrizioni previsto, sarà comunicata via E-mail.
- IL CEFMECTP SI RISERVA DI VERIFICARE QUANTO DICHIARATO ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE**

Si invitano gli interessati a consultare periodicamente il sito web del CEFMECTP di Roma e provincia (www.cefmectp.it) per eventuali circolari e/o comunicazioni. Avendo preso visione dell'informativa ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e del Regolamento GDPR EU n. 2016/679 (privacy), interamente riportata sul sito www.cefmectp.it, autorizzo il CEFMECTP di Roma e provincia al trattamento dei dati.

LUOGO

DATA

TIMBRO E FIRMA

ADDETTI ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE: RISCHIO ALTO PRIMO SOCCORSO

ALLEGATO A - SCHEDA UTENTE

Compilare, firmare e inviare a formazione.sicurezza@cefmectp.it – fax **06.4064833**

1° NOMINATIVO			
DATI ANAGRAFICI	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
	PROV	NAZIONE	
CODICE FISCALE			
RESIDENTE A	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ	PROV	CAP
RECAPITI	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	DATI LAVORATIVI		
	TITOLO DI STUDIO		
	DATA DI ASSUNZIONE	QUALIFICA	
	CONTRATTO DI LAVORO		
	Settore edile	Altro (specificare) _____	

2° NOMINATIVO			
DATI ANAGRAFICI	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
	PROV	NAZIONE	
CODICE FISCALE			
RESIDENTE A	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ	PROV	CAP
RECAPITI	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	DATI LAVORATIVI		
	TITOLO DI STUDIO		
	DATA DI ASSUNZIONE	QUALIFICA	
	CONTRATTO DI LAVORO		
	Settore edile	Altro (specificare) _____	

LUOGO

DATA

TIMBRO E FIRMA

ADDETTI ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE: RISCHIO ALTO PRIMO SOCCORSO

ALLEGATO A - SCHEDA UTENTE

Compilare, firmare e inviare a formazione.sicurezza@cefmectp.it – fax **06.4064833**

3° NOMINATIVO			
DATI ANAGRAFICI	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
	PROV	NAZIONE	
CODICE FISCALE			
RESIDENTE A	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ	PROV	CAP
RECAPITI	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	DATI LAVORATIVI		
	TITOLO DI STUDIO		
	DATA DI ASSUNZIONE	QUALIFICA	
	CONTRATTO DI LAVORO		
	Settore edile	Altro (specificare) _____	

4° NOMINATIVO			
DATI ANAGRAFICI	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
	PROV	NAZIONE	
CODICE FISCALE			
RESIDENTE A	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ	PROV	CAP
RECAPITI	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	DATI LAVORATIVI		
	TITOLO DI STUDIO		
	DATA DI ASSUNZIONE	QUALIFICA	
	CONTRATTO DI LAVORO		
	Settore edile	Altro (specificare) _____	

LUOGO

DATA

TIMBRO E FIRMA

ADDETTI ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE: RISCHIO ALTO PRIMO SOCCORSO

ALLEGATO A - SCHEDA UTENTE

Compilare, firmare e inviare a formazione.sicurezza@cefmectp.it – fax **06.4064833**

5° NOMINATIVO			
DATI ANAGRAFICI	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA PROV NAZIONE
CODICE FISCALE			
RESIDENTE A	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ		PROV CAP
RECAPITI	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	DATI LAVORATIVI		
TITOLO DI STUDIO			
DATA DI ASSUNZIONE		QUALIFICA	
CONTRATTO DI LAVORO			
Settore edile		Altro (specificare) _____	

6° NOMINATIVO			
DATI ANAGRAFICI	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA PROV NAZIONE
CODICE FISCALE			
RESIDENTE A	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ		PROV CAP
RECAPITI	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	DATI LAVORATIVI		
TITOLO DI STUDIO			
DATA DI ASSUNZIONE		QUALIFICA	
CONTRATTO DI LAVORO			
Settore edile		Altro (specificare) _____	

LUOGO

DATA

TIMBRO E FIRMA