

FORMAZIONE RIGUARDANTE I PRODOTTI A BASE DI DISSOCIANTI
DESTINATARI DATORI DI LAVORO, LAVORATORI DIPENDENTI O AUTONOMI, ADDETTI
ALL'UTILIZZO DI PRODOTTI CHE CONTENGONO I DISSOCIANTI - DURATA CORSO 4 ORE

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

DATI IMPRESA			
IMPRESA	DENOMINAZIONE IMPRESA	CODICE UNIVOCO FATT. ELETTRONICA	
PERSONA FISICA	NOME	COGNOME	
SEDE	VIA, PIAZZA, ETC...	NUMERO CIVICO	
	CITTÀ	PROV	CAP
RECAPITI	TELEFONO	CELLULARE	FAX
EMAIL			
CODICE FISCALE			PARTITA IVA

QUOTA DI PARTECIPAZIONE		(SCHEDA UTENTI NELL'ALLEGATO A)
<p>Impresa ISCRITTA alla Cassa Edile di Roma e Provincia € 40,00 (IVA esente) cad.</p>	<p>Impresa NON ISCRITTA alla Cassa Edile di Roma e Provincia e LIBERI PROFESSIONISTI € 55,00 (IVA esente) cad.</p>	
<p>NUMERO ISCRIZIONE</p> <p>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.</p>	<p>Impresa NON ISCRITTA alla Cassa Edile di Roma e Provincia e LIBERI PROFESSIONISTI Con MINIMO 3 designati € 42,50 (IVA esente) cad.</p>	

MODALITÀ DI PAGAMENTO	
<p>Pagamento tramite bonifico bancario all'IBAN IT57W0503403205000000161991</p> <p>Nella causale indicare codice corso e numero quote per le quali si effettua il versamento</p> <p>Copia bonifico dovrà pervenire al CEFMECTP contestualmente alla lettera di convocazione firmata per accettazione</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. <p>IL CEFMECTP SI RISERVA DI VERIFICARE QUANTO DICHIARATO ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE</p>

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 _____

FORMAZIONE RIGUARDANTE I PRODOTTI A BASE DI DISSOCIANATI
DESTINATARI DATORI DI LAVORO, LAVORATORI DIPENDENTI O AUTONOMI, ADDETTI
ALL'UTILIZZO DI PRODOTTI CHE CONTENGONO I DISSOCIANATI - DURATA CORSO 4 ORE

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

FORMAZIONE RIGUARDANTE I PRODOTTI A BASE DI DISSOCIANATI
DESTINATARI DATORI DI LAVORO, LAVORATORI DIPENDENTI O AUTONOMI, ADDETTI
ALL'UTILIZZO DI PRODOTTI CHE CONTENGONO I DISSOCIANATI - DURATA CORSO 4 ORE

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

FORMAZIONE RIGUARDANTE I PRODOTTI A BASE DI DISSOCIANATI
DESTINATARI DATORI DI LAVORO, LAVORATORI DIPENDENTI O AUTONOMI, ADDETTI
ALL'UTILIZZO DI PRODOTTI CHE CONTENGONO I DISSOCIANATI - DURATA CORSO 4 ORE

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