

Cagliari, 02/04/2019

**Agli Iscritti  
Confesercenti**

**Oggetto: Formazione GRATUITA sulla Sicurezza sul Lavoro**

Caro Associato,

ritengo di farTi cosa gradita nel comunicarti che la Confesercenti Provinciale di Cagliari in collaborazione con l'Ente Bilaterale del Commercio e del Turismo, E.BI.CO.T Sardegna, riserva ai suoi associati la possibilità di svolgere, in forma **completamente gratuita**, i Corsi di Formazione sulla Sicurezza sul Lavoro.

Per aderire occorre compilare il modulo allegato alla presente lettera.

Cordiali Saluti,

Il Presidente Provinciale

Marco Medda



*Per informazioni o chiarimenti contatta la Confesercenti al numero 070 402370 o scrivi una mail [info@confesercenticagliari.it](mailto:info@confesercenticagliari.it)*



## *E.BI.CO.T.*

*ENTE BILATERALE COMMERCIO TURISMO SARDEGNA  
VIA CAVALCANTI, 32 CAGLIARI*

### RICHIESTA DI ISCRIZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE GRATUITA SULLA SICUREZZA SUL LAVORO PROMOSSI DALL' E.BI.CO.T. REGIONALE E GESTITI DALLA CONFESERCENTI SARDEGNA

Il sottoscritto		Nato a
Il	In qualità di	
Della Ditta		
Con sede a	Via/piazza	
P.IVA	Codice Fiscale	
e-mail	Tel.	Fax

#### CHIEDE ALL'E.BI.CO.T. SARDEGNA L'ISCRIZIONE AL/AI SEGUENTE/I CORSO/I DI FORMAZIONE

Titolo corso	Scelta corso	Ore	N°. iscritti
RSPP datori di lavoro		16	
RSPP datori di lavoro rischio medio		36	
Antincendio basso rischio		4	
Antincendio medio rischio		8	
Primo soccorso A		12	
Primo soccorso B e C		16	
Primo soccorso A aggiornamento triennale		4	
Corsi lavoratori Accordo Conferenza Stato Regioni rischio basso		4+4	
Aggiornamento RSPP (ogni 5 anni)		6	
Aggiornamento addetti antincendio rischio basso (ogni 3 anni)		2	
Aggiornamento addetti antincendio rischio medio		5	

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Per informazioni chiamare ai numeri 070/402370

Referenti : Dottoressa Milena Zara e Dottoressa Laura Scanu



Spett. E.Bi.Co.T.  
Ente Bilaterale Territoriale del Terziario e  
del Turismo della Regione Sardegna  
Via Cavalcanti n. 32  
Cagliari

**DOMANDA DI ADESIONE**

**La sottoscritta impresa**

Ragione sociale: _____
Via/Piazza: _____ n° _____
C.A.P. _____ città _____ Prov. _____
Tel.: _____ Fax: _____
e-mail: _____ Pec: _____
P. IVA: _____ C.F.: _____
Forma giuridica: _____
ATECO _____ Matr: INPS _____ Data iscrizione INPS _____
Sede INPS _____
Nr. Dipendenti: _____ CCNL applicato: _____
Consulente del lavoro: _____

Chiede l'iscrizione a far data dal \_\_\_\_\_

La sottoscritta impresa si impegna inoltre ad assolvere nei confronti dell'Ente tutti gli adempimenti previsti dal CCNL e dagli accordi Interconfederali e di Categoria Nazionali e Regionali.

Data \_\_\_\_\_

timbro dell'impresa e firma del titolare/legale rappresentante

\_\_\_\_\_