

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



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
