

Cagliari, li _____

DATI DEL CORSISTA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____ IL _____ PROV _____

C.F. _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

CAP _____ TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____

PROFILO PROFESSIONALE IN AZIENDA _____

DATI AZIENDA

RAGIONE SOCIALE _____

P.IVA _____

SEDE IN _____ VIA _____ N. _____

CAP _____ TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____

RICHIEDE L'ISCRIZIONE AI SEGUENTI CORSI

X	CORSO	DURATA
<input type="checkbox"/>	ADDETTO ALL'ANTINCENDIO	8H
<input type="checkbox"/>	ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE	12H
<input type="checkbox"/>	FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER IL LAVORATORI DIPENDENTI	8H
<input type="checkbox"/>	RSPP	16H
<input type="checkbox"/>	HACCP	12H

Firma del Corsista
