

Spett.le
S.E.I.-C.P.T. – IMPERIA
Area Sicurezza
infoareasicurezza@seicpt-imperia.it
Tel. 0183/710947
Fax 0183/764849

FORMAZIONE MAESTRANZE EDILI

(ART. – 37 comma 2 D. Lgs. 81/08)

(Accordo Stato –Regioni – G.U. n.8 dell’11.01.2012)

Il sottoscritto.....nato a
Nome e cognome Luogo di nascita - Provincia
il..... domiciliato in.....n°.....nel Comune
Giorno / Mese / Anno Via / Piazza
di..... Tel.....Fax.....E mail.....
Città / Provincia / CAP
C.F..... in qualità di
Qualifica
dell’impresa..... con sede in.....
Ragione Sociale Impresa Città / Provincia / CAP
in.....
Via / Piazza
Tel. Fax..... E mail..... N° iscr. Cassa Edile.....
P.Iva:..... C.F.:.....
P.Iva Impresa C.F. Impresa

Chiede di ammettere a partecipare al corso di 16 ore (4 F.G. + 12 F.S) i seguenti lavoratori

N°	Cognome e Nome	Data di assunzione	Qualifica	Data di nascita

Data.....
.....
Firma del richiedente Timbro e firma dell’Impresa

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Io sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, do il consenso al trattamento dei dati personali ed in particolare ad inserire, detenere, conservare e trasmettere negli archivi elettronici e cartacei del C.P.T.,tutti i dati contenuti nel presente modulo. Il sottoscritto si assume la responsabilità relativamente a tutti i dati inseriti nel presente modulo. Ai sensi dell’art. 7, è data facoltà al sottoscritto di chiedere la cancellazione, la variazione, il blocco dei propri dati.

.....
Firma del richiedente Timbro e firma dell’Impresa

