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 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 aggiornamento quinquennale (6 ore) 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