

MODULO DI ISCRIZIONE

INVIARE VIA FAX AL N° 0974 934700

Spett.le

SeaWeb Consulting S.r.l.
Via S. Margherita, 13
84051 San Severino di Centola (Sa)

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a a _____ (___) il ___ / ___ / ___ residente in Via _____

a _____ (___), in qualità di Titolare (Datore di Lavoro) della ditta:

_____ con sede legale in Via _____ a _____ (___)

Recapito telefonico: ___ / ___ e-mail: _____

CHIEDE

L'iscrizione al corso:

- **Corso per RSPP* per Datore di Lavoro (16 ore);**
(art. 34, comma 1 e 2 del D.Lgs. 81/08)

Prende atto che la quota di partecipazione al corso è di € _____ che sarà così corrisposta:

ANTICIPO (da versare all'atto dell'iscrizione): € _____

SALDO (da versare all'atto del rilascio attestato): € _____

Inoltre Dichiaro di accettare i “**TERMINI e CONDIZIONI dei Corsi di Formazione**” contenuti nel sito web all'indirizzo: <http://www.puntoqualita.com/formazione/terminiecondizioni.pdf>

Allega alla presente copia del Documento di Riconoscimento e Codice Fiscale

Il/La sottoscritto/a _____

autorizza ai sensi del D.Lgs. 196/03 il trattamento dei dati personali.

_____ li _____

Timbro e firma

* RSPP: Responsabile del Servizio Protezione e Prevenzione