



RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CORSO:
AGGIORNAMENTO
ADDETTO PRIMO SOCCORSO - AZIENDE DI GRUPPO A
6 ore

La sottoscritta impresa

RAGIONE SOCIALE																						
P.IVA										C.F.												
TEL.					CELL.					e-mail												
<i>con sede in</i>																						
CAP					INDIRIZZO										N. CIV.							
CITTÀ										PROV.												

*avendo preso visione delle modalità di partecipazione al corso sul sito www.centrofor.com,
chiede l'iscrizione per il/la Signor/a*

COGNOME										NOME									
C.F.																			
TEL.					CELL.					e-mail									
CITTADINANZA										DATA E LUOGO DI NASCITA - (.....)									
Posizione in azienda:		☐ TITOLARE		☐ SOCIO		☐ COLLAB. FAM.		☐ DIPENDENTE – ASSUNTO DAL		APPRENDISTA ☐ SI - ☐ NO									

dichiara che:

☐	Non ha prescrizioni da parte del medico competente per svolgere la mansione oggetto del corso
☐	Corso base PRIMO SOCCORSO AZ. GR. A svolto presso CENTROFOR
☐	Corso base PRIMO SOCCORSO AZ. GR. A svolto presso altri enti, COMPILARE LA DICHIARAZIONE ALLEGATA

PATE RISERVATA AI LAVORATORI STRANIERI/IMMIGRATI: *(barrare i riquadri corrispondenti alla situazione del lavoratore)* Per i lavoratori immigrati che non sono in possesso di uno o più requisiti sotto riportati, è previsto prima del corso, un test di verifica della comprensione della lingua italiana. **Il mancato superamento del test non consentirà di proseguire con la frequenza del corso.**

☐ Ha già sostenuto un test di verifica della lingua italiana almeno di livello A2*. – Allegare copia attestato – * Quadro comune europeo di riferimento per la conoscenza delle lingue ☐ Già sostenuto a Centrofor	☐ Ha conseguito IN ITALIA un diploma di: ☐ scuola media inferiore ☐ scuola media superiore o diploma di qualifica professionale ☐ diploma di laurea ☐ È in possesso di regolare PERMESSO DI SOGGIORNO LUNGO PERIODO (rilasciato dopo il 2010) – Allegare copia documento –
---	---

LUOGO

DATA

TIMBRO DELL'IMPRESA E FIRMA
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

INFORMATIVA SULLA PRIVACY ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679

Utilizziamo i dati aziendali raccolti esclusivamente per finalità amministrative, contabili e di gestione della formazione anche quando li comunichiamo a terzi. Il titolare garantisce il rispetto di quanto previsto dal Regolamento GDPR 2016/679. Titolare del trattamento è Centrofor. Potrà trovare informazioni più dettagliate, anche in ordine al diritto di accesso e agli altri diritti dell'interessato su www.centrofor.com/privacy. Il datore di lavoro dichiara di aver provveduto ad informare il lavoratore dell'avvenuta comunicazione di dati particolari (sensibili e di profilazione), a Centrofor al fine di procedere all'iscrizione di quest'ultimo al percorso formativo.

TIMBRO DELL'IMPRESA E FIRMA
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

IL MODULO DOVRA' ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, NON VERRANNO ACCETTATI MODULI INCOMPLETI

Da compilare solo se la formazione base è stata erogata da altro ente che non sia Centrofor.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____ nato/a _____ (Prov. _____)

il _____ residente a _____ (Prov. _____)

in via _____ qualità di Legale Rappresentante della ditta

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che il Sig. _____ C.F. _____

ha conseguito presso _____ gli attestati di frequenza e/o gli attestati di abilitazione dei corsi PRIMO SOCCORSO AZ. GR. A secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

IL DICHIARANTE

LUOGO

DATA

.....

**TIMBRO DELL'IMPRESA E FIRMA
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

Allegare Carta Identità Legale Rappresentante