


Parte riservata alla segreteria:

 <p>CENTROFOR PROVINCIA DI TRENTO</p> <p>PROTOCOLLO:</p>	RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CORSO: AGGIORNAMENTO ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO AZIENDE GRUPPO A
	6 ORE
NOTE:	

Da compilare in ogni parte a cura dell'azienda

La sottoscritta impresa	
Con sede in	N.
Località	Prov.
CAP P.IVA C.F.	
TEL.	CEL e-mail

Avendo preso visione delle modalità di partecipazione al corso chiede l'iscrizione per il Signor

Cognome		Nome	
Nato a <small>Se nato all'estero Indicare la nazione</small>	Provincia di		Il ____ / ____ / ____
Residente in			N.
Località		Prov.	Cittadinanza
CAP CEL.	C.F.		
Posizione in azienda:	<input type="checkbox"/> Titolare	<input type="checkbox"/> Socio	<input type="checkbox"/> Familiare coad.
		<input type="checkbox"/> Dipendente	Apprendista <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Solo se dipendente: assunto dal ____ / ____ / ____ profilo professionale attuale: <i>es. impieg. tecnico, carpent. in legno, pittore, ecc.</i>			

A tal fine dichiara che (barrare i riquadri corrispondenti alla situazione del lavoratore)

<input type="checkbox"/>	Non ha prescrizioni da parte del medico competente oppure ha le sotto elencate prescrizioni: (es. soll. Carichi – occhiali)
<input type="checkbox"/>	Corso base svolto presso CENTROFOR
<input type="checkbox"/>	Corso base svolto presso altri enti, COMPILARE LA DICHIARAZIONE ALLEGATA

PARTE RISERVATA AI LAVORATORI STRANIERI/IMMIGRATI: (barrare i riquadri corrispondenti alla situazione del lavoratore)

Per i lavoratori immigrati che non hanno conseguito titoli di studio in Italia 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.**

<input type="checkbox"/> Ha già sostenuto un test di verifica della lingua italiana almeno di livello A2*. – Allegare copia attestato – <input type="checkbox"/> Già sostenuto a Centrofor	<input type="checkbox"/> Ha conseguito in Italia un diploma di: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> scuola media inferiore <input type="checkbox"/> scuola media superiore o diploma di qualifica professionale <input type="checkbox"/> diploma di laurea
--	---

* Quadro comune europeo di riferimento per la conoscenza delle lingue

Luogo e data

.....
Timbro dell'Impresa e firma del legale rappresentante

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

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 REG. UE 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, anche sensibili, a Centrofor al fine di procedere all'iscrizione di quest'ultimo al percorso formativo.

.....
Timbro dell'Impresa e firma del legale rappresentante

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 _____ in 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 base primo soccorso per aziende di gruppo A secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

Timbro Impresa – Firma Legale Rappresentante