

TITOLARE / DIPENDENTE

Cognome e Nome: _____ C.F.

Nato a _____ il _____

Via: _____ n°: _____ Città: _____ Cap. _____

Tel.: _____ Cell: _____ e. mail: _____

AZIENDA RICHIEDENTE

Ragione sociale: _____

Via: _____ n°: _____ Città: _____ Cap. _____

Tel.: _____ Fax: _____ e. mail: _____

P. Iva: C.F.:

CHIEDE

l'iscrizione al/ai seguente/i corso/i di formazione

TIPOLOGIA CORSO	DURATA IN ORE	FAD	AULA
<input type="checkbox"/> RSPP - Datore di Lavoro - Rischio Basso	16	8	8
<input type="checkbox"/> RSPP - Datore di Lavoro - Rischio Basso - Modulo Aggiornamento	6	6	0
<input type="checkbox"/> RSPP - Datore di Lavoro - Rischio Medio	32	16	16
<input type="checkbox"/> RSPP - Datore di Lavoro - Rischio Medio - Modulo Aggiornamento	10	10	0
<input type="checkbox"/> RSPP - Datore di Lavoro - Rischio Alto	48	24	24
<input type="checkbox"/> RSPP - Datore di Lavoro - Rischio Alto - Modulo Aggiornamento	14	14	0
<input type="checkbox"/> Addetti antincendio ed evacuazione - Rischio Basso	4	0	4
<input type="checkbox"/> Addetti antincendio ed evacuazione - Rischio Medio	8	0	8
<input type="checkbox"/> Addetti antincendio ed evacuazione - Rischio Alto	16	0	16
<input type="checkbox"/> Addetti primo soccorso - Gruppo A	16	0	16
<input type="checkbox"/> Addetti primo soccorso - Gruppo A - Modulo Aggiornamento	6	0	6
<input type="checkbox"/> Addetti primo soccorso - Gruppo B e C	12	0	12
<input type="checkbox"/> Addetti primo soccorso - Gruppo B e C - Modulo Aggiornamento	4	0	4
<input type="checkbox"/> RLS (Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza)	32	0	32
<input type="checkbox"/> Aggiornamento RLS (fino a 50 dipendenti)	4	4	0
<input type="checkbox"/> Aggiornamento RLS (oltre 50 dipendenti)	8	8	0
<input type="checkbox"/> Formazione ed informazione lavoratore - Rischio Basso	8	8	0
<input type="checkbox"/> Formazione ed informazione lavoratore - Rischio Medio	12	4	8
<input type="checkbox"/> Formazione ed informazione lavoratore - Rischio Alto	16	4	12
<input type="checkbox"/> Aggiornamento Formazione ed informazione lavoratore - Rischio Basso, Medio e Alto	6	6	0
<input type="checkbox"/> Corso formazione preposto	8	4	4
<input type="checkbox"/> Corso formazione preposto - Modulo Aggiornamento	6	6	0
<input type="checkbox"/> Corso Addetti al montaggio, uso e manutenzione ponteggi	28	0	28
<input type="checkbox"/> Corso Addetti al montaggio, uso e manutenzione ponteggi - Modulo Aggiornamento	4	0	4
<input type="checkbox"/> Corso Addetti lavori in quota	8	0	8
<input type="checkbox"/> Corso per addetti alla conduzione di Piattaforme di lavoro mobili elevabili (PLE)	10	0	10

**CONDIZIONI GENERALI DI PARTECIPAZIONE AI CORSI**

1. La presente scheda di iscrizione deve essere consegnata presso la sede direzionale dell'Associazione I.C.S. – Corso dei Mille, 167/E - Menfi, unitamente ad un acconto pari al 50% del costo di iscrizione
2. L'Associazione I.C.S. - Menfi provvederà a comunicare all'iscritto con anticipo data e orario di svolgimento del corso. L'iscritto sarà tenuto a dare conferma della partecipazione al corso e provvedere al pagamento della restante quota di iscrizione presso la sede dell'Associazione I.C.S. – Corso dei Mille, 167/E – Menfi.
3. La presente scheda non vincola alla partecipazione. Nel caso di mancata partecipazione dell'iscritto, non dovuta per cause dell'Associazione I.C.S., l'acconto o il saldo versato per l'iscrizione verrà trattenuto, senza alcun rimborso a favore dello stesso. Il saldo del costo di iscrizione dovrà avvenire improrogabilmente prima del test finale, pena la non ammissione e la perdita della somma versata in acconto.
4. Il superamento del 10% del monte ore di assenza, comporterà l'impossibilità per l'iscritto di accedere al test finale e la perdita della somma versata.
5. È possibile sostituire l'iscritto con altra persona della stessa Azienda dandone comunicazione all'Associazione I.C.S. prima dell'autorizzazione all'avvio del corso.
6. L'Associazione I.C.S. si riserva la facoltà di annullare o modificare eventuali corsi già programmati dandone comunicazione agli iscritti in tempo utile.
7. Il corso sarà tenuto in lingua italiana; pertanto i corsisti dovranno essere in grado di comprendere e conoscere la lingua italiana parlata e scritta.
8. Il datore di lavoro deve tenere conto delle capacità e delle condizioni dei corsisti in rapporto alla loro salute e alla sicurezza; ciascun partecipante dovrà essere in possesso dell'idoneità allo svolgimento del lavoro, espressa dal medico competente aziendale.
9. Per ogni e qualsiasi controversia dovesse insorgere nell'esecuzione, interpretazione o risoluzione del presente contratto, sarà competente il Foro di Sciacca

Modalità di pagamento

L'iscrizione al corso si perfeziona inviando il presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto tramite Fax al seguente n. 0925.72486 o tramite e-mail all'indirizzo: info@associazioneics.com. Al presente modulo dovrà essere allegata: - copia del documento di riconoscimento del corsista in corso di validità; - copia della ricevuta del **bonifico bancario** intestato a Associazione I.C.S. IBAN: **IT15D087968299000020301095** C/C intrattenuto presso Banca Credito Cooperativo Sambuca di Sicilia – Agenzia di Menfi (AG) CAUSALE: "NOME CORSISTA + (SPECIFICARE IL CORSO)". Il pagamento potrà anche essere effettuato tramite assegno bancario o in contanti.

Informativa Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, la informiamo che il trattamento dei suoi dati personali anche sensibili è finalizzato ad adempiere agli obblighi previsti in materia di fatturazione e per le finalità riguardanti l'esecuzione degli incontri formativi e per eventuali comunicazioni relative ad altra nuova attività formativa eventualmente organizzata dall'Associazione I.C.S. - Corso dei Mille 167/E - Menfi o altra società o ente incaricato.

Documenti Allegati

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Copia Documento di identità | Importo Totale _____ |
| <input type="checkbox"/> Copia Codice Fiscale | Acconto _____ |
| <input type="checkbox"/> Copia attestato (in caso di aggiornamento) | Saldo _____ |

Luogo e Data _____

Firma per accettazione e presa visione informative

Il responsabile formazione
