

DOMANDA DI ADESIONE

(Si prega di compilare ogni parte in stampatello. **TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI**)

DATI PARTECIPANTE

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ C.A.P. _____

VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____

DATI AZIENDA

RAGIONE SOCIALE _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

VIA _____ N° _____

COMUNE _____ PROV _____ C.A.P. _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO PER ADDETTI AL SERVIZIO DI PRIMO SOCCORSO (Aziende gruppo A e B – rischio medio)

FORMAZIONE (12 ore)

AGGIORNAMENTO (4 ore)

In caso di aggiornamento dichiara di aver frequentato il corso base e di essere in possesso del relativo attestato di formazione.

_____/_____/_____
Luogo e data

Firma

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ e CODICE FISCALE