



Corso di Formazione Lavoratori

Modalità di iscrizione:

Si prega di inviare la presente scheda di iscrizione **compilata in ogni parte** e firmata all'indirizzo mail michela@centroantinfortunistico.it **entro e non oltre il giorno 29 aprile 2024.**

La partecipazione al corso è subordinata al **pagamento anticipato** della quota indicata che potrà avvenire con le seguenti modalità:

- > con assegno bancario intestato a Centro Antinfortunistico Srl o con rimessa diretta presso la Segreteria dello Studio e contestuale consegna del presente modulo;
- > tramite bonifico bancario intestato a: Centro Antinfortunistico Srl
IBAN: IT59S020081330800004834129 Unicredit spa - fil. Pesaro Corso XI Settembre 156;

Compilare la scheda e barrare la tipologia o le tipologie formative alle quali si intende aderire.

Ad es. un impiegato amministrativo (settore Ateco a rischio basso) potrà decidere di partecipare alla sola formazione generale di 4 ore o, se già in possesso di attestato per la formazione generale, alla sola formazione specifica di altre 4 ore oppure ancora ad entrambe le soluzioni e in tale ultimo caso dovrà barrare sia la prima che la seconda casella.

Numero iscritti	Settore Ateco (da chiedere al commercialista)	Tipologia del Corso di Formazione (da barrare)	Quota	Date di effettuazione	Modalità effettuazione
_____	Lettera _____ Numero _____	<input type="checkbox"/> generale	50,00 € + IVA a persona ogni 4 ore	13.05.2024 dalle ore 09:00 alle ore 13:00	Viale G. Mameli 72 scala C/201 Pesaro
		<input type="checkbox"/> specifica rischio basso		14.05.2024 dalle ore 09:00 alle ore 13:00	
		<input type="checkbox"/> specifica rischio medio		14.05.2024 dalle ore 09:00 alle ore 13:00 21.05.2024 dalle ore 09:00 alle ore 13:00	
		<input type="checkbox"/> specifica rischio alto		14.05.2024 dalle ore 09:00 alle ore 13:00 21.05.2024 dalle ore 09:00 alle ore 13:00 23.05.2024 dalle ore 09:00 alle ore 13:00	

La quota di partecipazione comprende il materiale didattico e l'attestato di fine corso rilasciato dal nostro studio in qualità di Ente Accreditato presso la Regione Marche.

Ditta (timbro e firma per accettazione) o singolo (firma)

Nominativi partecipanti
(specificare il tipo di attività del lavoratore come da contratto)

Nome e Cognome	Data di nascita e luogo di nascita	Attività svolta/Mansione da contratto

Cordiali saluti.

Centro Antinfortunistico Srl