



## MODULO DI PARTECIPAZIONE CORSO ANTINCENDIO

Si prega di inviare la presente scheda di registrazione, compilata in ogni sua parte, a mezzo fax alla segreteria organizzativa. 02-93570236

Ditta		N° dip.			
<input type="checkbox"/> Attività a basso rischio <input type="checkbox"/> Attività a medio rischio <input type="checkbox"/> Attività da valutare					
Partecipanti	Nome	Cognome	Età	<input type="checkbox"/> Corso Completo	<input type="checkbox"/> Agg.
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Corso Completo	<input type="checkbox"/> Agg.
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Corso Completo	<input type="checkbox"/> Agg.
Sede Legale. Via		n°			
Città	C.A.P.	Prov.			
Indirizzo al quale inviare fattura (se differente da Sede Legale)					
Telefono			Fax		
PARTITA IVA			e-mail		

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di iscrizione e le rinunce.

### INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.Lgs. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati da ILAS titolare del trattamento, al fine di registrare la partecipazione al corso nonché per l'eventuale promozione di ulteriori iniziative dalla stessa organizzate. I dati forniti saranno inseriti nelle ns. banche dati e saranno trattati, anche con modalità informatiche, da ns. personale incaricato del loro trattamento; essi potranno essere comunicati ai docenti dei corsi. Per i diritti riservati all'interessato dalla legge, si rimanda al disposto di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell'informativa D.Lgs. 196/03 ed acconsente al trattamento, alla comunicazione e diffusione dei propri dati nei limiti della suddetta informativa.

Timbro e Firma



## MODULO DI PARTECIPAZIONE CORSO PRIMO SOCCORSO

Si prega di inviare la presente scheda di registrazione, compilata in ogni sua parte, a mezzo fax alla segreteria organizzativa. 02-93570236

Ditta	N° dip.
-------	---------

Partecipanti:	Nome	Cognome	Età	<input type="checkbox"/> Corso 16 ore	<input type="checkbox"/> Corso 12 ore	<input type="checkbox"/> Agg.
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Corso 16 ore	<input type="checkbox"/> Corso 12 ore	<input type="checkbox"/> Agg.
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Corso 16 ore	<input type="checkbox"/> Corso 12 ore	<input type="checkbox"/> Agg.

Sede Legale. Via	n°
------------------	----

Città	C.A.P.	Prov.
-------	--------	-------

Indirizzo al quale inviare fattura (se differente da Sede Legale)
---

Telefono
----------

Fax
-----

PARTITA IVA
-------------

e-mail
--------

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di iscrizione e le rinunce.**

### INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.Lgs. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati da ILAS titolare del trattamento, al fine di registrare la partecipazione al corso nonché per l'eventuale promozione di ulteriori iniziative dalla stessa organizzate. I dati forniti saranno inseriti nelle ns. banche dati e saranno trattati, anche con modalità informatiche, da ns. personale incaricato del loro trattamento; essi potranno essere comunicati ai docenti dei corsi. Per i diritti riservati all'interessato dalla legge, si rimanda al disposto di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196.

**Il/la sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell'informativa D.Lgs. 196/03 ed acconsente al trattamento, alla comunicazione e diffusione dei propri dati nei limiti della suddetta informativa.**

Timbro e Firma
----------------



**MODULO DI PARTECIPAZIONE CORSO R.S.P.P./A.S.P.P. x Dipendenti**  
**Allegare Autocertificazione**

*Si prega di inviare la presente scheda di registrazione, compilata in ogni sua parte, a mezzo fax alla segreteria organizzativa. 02-93570236*

<b>Ditta</b>	<b>Settore ATECO:</b>	<b>N° dip.</b>
--------------	-----------------------	----------------

<b>Partecipanti:</b>	<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mod. A</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mod. B n° ___</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mod. C</b>	<input type="checkbox"/> <b>Agg.</b>
	_____	_____	<input type="checkbox"/> <b>Mod. A</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mod. B n° ___</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mod. C</b>	<input type="checkbox"/> <b>Agg.</b>
	_____	_____	<input type="checkbox"/> <b>Mod. A</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mod. B n° ___</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mod. C</b>	<input type="checkbox"/> <b>Agg.</b>

<b>Sede Legale. Via</b>	<b>n°</b>
-------------------------	-----------

<b>Città</b>	<b>C.A.P.</b>	<b>Prov.</b>
--------------	---------------	--------------

<b>Indirizzo al quale inviare fattura (se differente da Sede Legale)</b>
--

<b>Telefono</b>
-----------------

<b>Fax</b>
------------

<b>PARTITA IVA</b>
--------------------

<b>e-mail</b>
---------------

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di iscrizione e le rinunce.**

**INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.Lgs. 196/2003)**

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati da ILAS titolare del trattamento, al fine di registrare la partecipazione al corso nonché per l'eventuale promozione di ulteriori iniziative dalla stessa organizzate. I dati forniti saranno inseriti nelle ns. banche dati e saranno trattati, anche con modalità informatiche, da ns. personale incaricato del loro trattamento; essi potranno essere comunicati ai docenti dei corsi. Per i diritti riservati all'interessato dalla legge, si rimanda al disposto di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196.

**Il/la sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell'informativa D.Lgs. 196/03 ed acconsente al trattamento, alla comunicazione e diffusione dei propri dati nei limiti della suddetta informativa.**

<b>Timbro e Firma</b>
-----------------------



## AUTOCERTIFICAZIONE

*Si prega di anticipare la presente autocertificazione di eventuale esonero a mezzo fax  
al n°02-93570236 e consegnare all'inizio del corso*

La/il sottoscritta/o Cognome .....Nome .....  
Nata/o a..... (Prov.....), il .....  
Residente in (città).....(.....)  
Via....., n. ...., CAP .....  
Codice Fiscale .....  
Documento di identificazione: .....  
Tel. ....Indirizzo mail: .....  
Titolo di studio .....conseguito a.....nell'Anno.....

### DICHIARA

**ai sensi e per gli effetti dell'art 47 D.Lgs. 445/2000, ai fini dell'esonero dai Corsi di Formazione relativi ai "Moduli "A" e "B", previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 26/01/2006 pubblicato sulla G.U. n. 37 del 14/02/2006)**

**A1) di essere esonerato dalla frequenza al Modulo "A": firma.....**

**A2) di avere già frequentato il Modulo "A": firma .....**

**B) di essere esonerato dalla frequenza o di avere già frequentato il Modulo "B":**

**1. Macrosettore n. 1 (Agricoltura) firma se è esonerato: ..... se già frequentato .....**

**2. Macrosettore n. 2 (Pesca) firma se è esonerato: ..... se già frequentato .....**

**3. Macrosettore n. 3 (Edilizia/altri) firma se è esonerato: ..... se già frequentato .....**

**4. Macrosettore n. 4 (Manifatturiero) firma se esonerato: ..... se già frequentato .....**

**5. Macrosettore n. 5 (Chimica/altri) firma se è esonerato: ..... se già frequentato .....**

**6. Macrosettore n. 6 (Commercio/altri) firma se è esonerato: ..... se già frequentato .....**

**7. Macrosettore n. 7 (Sanità/altri) firma se è esonerato: ..... se già frequentato .....**

**8. Macrosettore n. 8 (P.A./P.I./altri) firma se è esonerato: ..... se già frequentato .....**

**9. Macrosettore n. 9 (Uffici/altri) firma se è esonerato: ..... se già frequentato .....**

**C) di avere frequentato il Modulo "C": NO .....Si .....**

**D1) di essere stato nominato ASPP per la prima volta il ....., nel settore Ateco n. ....**

**D2) di essere stato nominato RSPP per la prima volta il ....., nel settore Ateco n. ....**

**D3) di operare (o volere operare) prevalentemente ne i settori Ateco n. ....**

Data, lì.....

In fede, **Firma di conferma** (leggibile) .....

**Firmare solo se esonerati. La firma autocertifica l'esonero dal Modulo indicato nella riga corrispondente**



## MODULO DI PARTECIPAZIONE CORSO R.S.P.P. x Datori di Lavoro

Si prega di inviare la presente scheda di registrazione, compilata in ogni sua parte, a mezzo fax alla segreteria organizzativa. 02-93570236

Ditta		N° dip.
Partecipanti		
Nome.....	Cognome .....	
Nome.....	Cognome .....	
Nome.....	Cognome .....	
Sede Legale. Via		n°
Città	C.A.P.	Prov.
Indirizzo al quale inviare fattura (se differente da Sede Legale)		
Telefono	Fax	
PARTITA IVA	e-mail	

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di iscrizione e le rinunce.**

### INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.Lgs. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati da ILAS titolare del trattamento, al fine di registrare la partecipazione al corso nonché per l'eventuale promozione di ulteriori iniziative dalla stessa organizzate. I dati forniti saranno inseriti nelle ns. banche dati e saranno trattati, anche con modalità informatiche, da ns. personale incaricato del loro trattamento; essi potranno essere comunicati ai docenti dei corsi. Per i diritti riservati all'interessato dalla legge, si rimanda al disposto di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196.

**Il/la sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell'informativa D.Lgs. 196/03 ed acconsente al trattamento, alla comunicazione e diffusione dei propri dati nei limiti della suddetta informativa.**

Timbro e Firma



## MODULO DI PARTECIPAZIONE CORSO R.L.S.

Si prega di inviare la presente scheda di registrazione, compilata in ogni sua parte, a mezzo fax alla segreteria organizzativa. 02-93570236

Ditta		N° dip.
Partecipanti		
Nome.....	Cognome .....	
Nome.....	Cognome .....	
Nome.....	Cognome .....	
Sede Legale. Via		n°
Città	C.A.P.	Prov.
Indirizzo al quale inviare fattura (se differente da Sede Legale)		
Telefono	Fax	
PARTITA IVA	e-mail	

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di iscrizione e le rinunce.**

### INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.Lgs. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati da ILAS titolare del trattamento, al fine di registrare la partecipazione al corso nonché per l'eventuale promozione di ulteriori iniziative dalla stessa organizzate. I dati forniti saranno inseriti nelle ns. banche dati e saranno trattati, anche con modalità informatiche, da ns. personale incaricato del loro trattamento; essi potranno essere comunicati ai docenti dei corsi. Per i diritti riservati all'interessato dalla legge, si rimanda al disposto di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196.

**Il/la sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell'informativa D.Lgs. 196/03 ed acconsente al trattamento, alla comunicazione e diffusione dei propri dati nei limiti della suddetta informativa.**

Timbro e Firma