



Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_ con sede a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, iscritta per  
l'anno sociale in corso alla **CONFESERCENTI PROVINCIALE NUORO-OGLIASTRA**

### CHIEDE

di partecipare al corso/i:

X	CORSO	DURATA	N° PARTECIPANTI
<input type="checkbox"/>	<b>Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione - Rischio Basso</b>	16 h	
<input type="checkbox"/>	<b>Aggiornamento Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione- Rischio Basso</b>	6 h	
<input type="checkbox"/>	<b>Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione - Rischio MEDIO</b>	32 h	
<input type="checkbox"/>	<b>Aggiornamento Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione- Rischio MEDIO</b>	10 h	
<input type="checkbox"/>	<b>Antincendio Rischio Basso/medio</b>	4/8 h	
<input type="checkbox"/>	<b>Aggiornamento Antincendio Rischio Basso/medio</b>	2/4 h	
<input type="checkbox"/>	<b>Primo Soccorso Aziendale</b>	12/16h	
<input type="checkbox"/>	<b>Aggiornamento Primo Soccorso</b>	6 h	
<input type="checkbox"/>	<b>Formazione Obbligatoria dei dipendenti</b>	8/12/16 h	
<input type="checkbox"/>	<b>HACCP</b>	4/8 h	

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto

\_\_\_\_\_