



Confederazione Nazionale  
dell'Artigianato e della Piccola  
e Media Impresa  
Associazione Provinciale di Frosinone

MODULO DI PRENOTAZIONE al CORSO

## Addetto al Primo Soccorso

Sede CNA Frosinone - Via Mária, 51

inizio lezioni: **23-24 ottobre 2014 ore 17-21**

I sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat\_ a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ Comune - \_\_\_\_\_ CAP - \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'impresa \_\_\_\_\_  
natura societaria \_\_\_\_\_ con sede a - \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP - \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
esercente l'attività di \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Numero dipendenti \_\_\_\_\_ **Codice Attività (ATECO)** \_\_\_\_\_ (Campo Obbligatorio)  
n° Albo Imprese Artigiane \_\_\_\_\_ n° Registro Imprese \_\_\_\_\_

Categoria di rischio (barrare categoria in base a cod. Ateco)	<b>BASSO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
--	--------------	--------------	-------------

### chiede la prenotazione al corso per

☐ **SE STESSO** (datore di lavoro)  
☐ **il seguente partecipante:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Indirizzo residenza \_\_\_\_\_ Comune - \_\_\_\_\_ CAP - \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Rapporto con l'azienda \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma