



MODULO DI PRENOTAZIONE al CORSO

Addetto al Primo Soccorso

Sede CNA Frosinone - Via MÀria, 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)	BASSO	MEDIO	ALTO
--	--------------	--------------	-------------

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 _____