



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

MODULO DI PRENOTAZIONE al CORSO

**Aggiornamento Primo Soccorso - D.Lgs 81/08 e s.m.i. e DM 15 luglio
2003 n.388**

Sede CNA Frosinone - Via Mária, 51

inizio lezioni: **24 ottobre ore 16-20**

I sottoscritt_ _____
nat_ 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