



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 MÀria, 51

inizio lezioni: 24 ottobre ore 16-20

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 _____