

Collaborazione sulla formazione dei lavoratori sulla sicurezza

Art. 37 c.12 D. Lgs. 81/08

DATI ANAGRAFICI AZIENDA ①

Ragione Sociale.....
 Partita IVA..... Codice Fiscale.....
 Indirizzo..... CAP..... Comune..... ()
 Telefono..... FAX..... e-mail.....
 Referente aziendale..... Settore/attività.....
 Indirizzo Posta Elettronica Certificata (Obbligatorio).....

Tramite

DATI ANAGRAFICI ORGANISMO DI FORMAZIONE ②

Organismo di formazione CONFESERCENTI VERONA PROMO SERVIZI SRL
Indirizzo VIA ALBERE, 132 CAP 37137 Comune VERONA (VR)
Telefono 045 8624011 FAX 045 8624088 e-mail formazione@confesercentiverona.it
Referente Odf ALESSANDRO TORLUCCIO
Indirizzo Posta Elettronica Certificata catverona@pec.it

Visti:

- Art. 37. c. 12 D. Lgs. 81/08 che regolamenta la Formazione necessaria ad ogni lavoratore in materia di salute e sicurezza sul luogo di lavoro;
- Il “Regolamento per la richiesta di collaborazione con l’Ente Bilaterale Veneto in materia di formazione dei lavoratori per la sicurezza Art.37, c. 12 D. Lgs 81/08” approvato dal suo Comitato Esecutivo;
- La circolare del 3 agosto 2011 del Consiglio dei ministri su proposta del Ministero del lavoro e delle politiche sociali il D.P.R. riguardate la sicurezza e la prevenzione nel lavoro in ambienti confinati.

Il sottoscritto _____ legale rappresentante dell’azienda _____ di cui al punto 1, essendo a conoscenza dei documenti sopra indicati, chiede la collaborazione dell’Ente Bilaterale Veneto per la formazione dei propri dipendenti di cui all’Art. 37 c.12 D. Lgs. 81/08 erogata tramite l’organismo di formazione CONFESERCENTI VERONA PROMO SERVIZI SRL di cui al punto 2.

Si allega:

- Certificazione dell’accreditamento alla formazione dell’OdF
- Curriculum Vitae Formatori
- Inviare il calendario del formativo (con data, ora, sede, formatori e i contenuti della formazione)
- elenco dei partecipanti al corso (indicando cognome, nome e C.F.)
- Carta d’identità del legale rappresentante dell’azienda
- Ultimo versamento all’Ente Bilaterale Veneto se l’azienda è aderente da meno di tre mesi.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto, ricevuta l’informativa di cui all’art. 13 e preso atto dei diritti di cui all’art. 7 del decreto legislativo 196/03 (privacy), esprime il consenso previsto dall’art. 23 e 26 del citato decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell’Ente Bilaterale Veneto e/o delle società o organizzazioni legate alla Confesercenti per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell’Ente Bilaterale Veneto, nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all’esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività dell’EBV SI NO

Firma _____



**AGGIORNAMENTO
6 ORE**

Centro Assistenza Tecnica
alle Imprese del Commercio Turismo e Servizi

CONFESERCENTI VERONA PROMO SERVIZI s.r.l.

Via Albere 132 - 37137 Verona - Tel 045/8624011 Fax 045/8624088

Iscritta presso CCAA di Verona - REA 307475 - Registro Imprese 03079640235 - Codice Fiscale 03079640235 - Partita IVA 03079640235

FORMAZIONE OBBLIGATORIA SULLA SICUREZZA DEI LAVORATORI

ai sensi all'art. 21, comma 1, del D.Lgs. n. 81/08 (Accordo Stato/Regioni del 21/12/2011, pubblicato in GU n. 8 del 11/01/2012)

Azienda _____ Codice ATECO _____

Consulente del lavoro _____ indirizzo _____ n. tel _____

chiede di iscrivere la/le persona/e di seguito elencata/e

PARTECIPANTI

Nome e cognome _____ nato/a _____ il _____

Mansione _____ C.F. _____

Nome e cognome _____ nato/a _____ il _____

Mansione _____ C.F. _____

Nome e cognome _____ nato/a _____ il _____

Mansione _____ C.F. _____

Nome e cognome _____ nato/a _____ il _____

Mansione _____ C.F. _____

al/i seguente/i corsi organizzati da Confesercenti Verona Promo Servizi: (selezionare con una crocetta la data prescelta):

DATE	ORARIO	SETTORE	SEDE	ISCRIZIONE DA FARE ENTRO IL
4 – 11 OTTOBRE 2023	09.00 – 12.00	- PUBBLICI ESERCIZI - COMMERCIO - SERVIZI	Sede Confesercenti Verona Via Albere, 132	29/09/2023

TUTTE LE DATE SONO DA CONFERMARE, IN QUANTO I CORSI SARANNO ATTIVATI SOLO AL RAGGIUNGIMENTO DEL NUMERO MINIMO PREVISTO DI PARTECIPANTI

Alla fine del Corso saranno consegnati gli Attestati di frequenza.

Il Sig./a _____ versa contestualmente la quota di iscrizione al Corso, pari a **120,00 Euro IVA compresa** a persona. L'ammissione al corso viene garantita solo dopo il versamento della quota di iscrizione. Un'eventuale rinuncia o modifica di data del corso deve essere comunicata entro **e non oltre 15 giorni** dalla data del corso. Diversamente la quota di iscrizione verrà trattenuta a titolo di rimborso.

N.B. Le aziende iscritte all'Ente Bilaterale Veneto possono fare domanda presso l'ente stesso per richiedere il rimborso del 50% della quota di iscrizione.

Alla presente richiesta deve essere allegato un documento d'identità valido del solo legale rappresentante.

Firma dell'interessato _____