



# SAFETYFORM

## SCHEDA DI ADESIONE AI CORSI DI FORMAZIONE E-LEARNING

· SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO D.Lgs 81/08 ·

**N.B. COMPILARE UNA SCHEDA PER OGNI PARTECIPANTE**

### DATI PARTECIPANTE CORSO:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Mansione \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO E-MAIL PER INVIO LINK E CREDENZIALI DI ACCESSO AL CORSO:** \_\_\_\_\_

### INDICARE TIPOLOGIA CORSO:

Corso prescelto: \_\_\_\_\_

NUOVA FORMAZIONE  AGGIORNAMENTO

Corso prescelto: \_\_\_\_\_

NUOVA FORMAZIONE  AGGIORNAMENTO

### RAGIONE SOCIALE AZIENDA:

Ragione Sociale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Attività svolta \_\_\_\_\_ Codice ATECO2007 \_\_\_\_\_

Riferimento aziendale per comunicazioni Sig. / Sig.ra: \_\_\_\_\_

Azienda SafetyPrime  SI  NO

(Seguita con contratto di consulenza)

Dati per Fatturazione elettronica: PEC \_\_\_\_\_ Codice SDI \_\_\_\_\_

Firma adesione al corso di formazione e presa visione informativa privacy [https://safetyform.it/privacy\\_corsisti/](https://safetyform.it/privacy_corsisti/)

**DATA:**

**L'Azienda**



**SAFETYFORM SRL**  
FORMAZIONE E SICUREZZA SUL LAVORO · P.I. 03876871207  
Via Del Lavoro, 71 · 40033 · Casalecchio di Reno (BO)

[formazione@safetyform.it](mailto:formazione@safetyform.it)  
+39 375 5065176

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma



Associazione Italiana Imprese Esperte in Sicurezza sul Lavoro e Ambiente

## RICHIESTA DI COLLABORAZIONE PER SVOLGIMENTO CORSO DI FORMAZIONE

• AI SENSI DELL'ART. 37 DEL D.LGS. 81/08 •

### AGLI ENTI PARITETICI DI SETTORE PARTECIPATI

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ in qualità di:

datore di lavoro della Ditta \_\_\_\_\_

delegato (del datore di Lavoro) della Ditta \_\_\_\_\_

sita in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### COMUNICA CHE

verrà svolto il seguente corso di formazione destinato a n° \_\_\_\_ lavoratori dipendenti:

TITOLO DEL CORSO: \_\_\_\_\_

DURATA DEL CORSO: \_\_\_\_ NEI GIORNI (ENTRO 45 GIORNI DALLA DATA DI ISCRIZIONE AL CORSO)

Sede del Corso MODALITA' E- LEARNING

COMMERCIO  SERVIZI  AGRICOLTURA  PESCA

TRASPORTI  INDUSTRIA  EDILE  ARTIGIANATO  MANIFATTURIERO

METALMECCANICO  ALTRO \_\_\_\_\_

Socio AIESiL attuatore, **responsabile progetto formativo SafetyForm s.r.l. tessera n° 640.**

**DOCENTE/I MODALITÀ E- LEARNING (DI CUI SI ALLEGA DELEGA SE PREVISTA, IL PROGRAMMA**

**ED IL MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI dei Docenti).**

Precisa inoltre che il corso verrà svolto in conformità ai requisiti richiesti dall'Accordo Stato Regioni sulla Formazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Datore di Lavoro  
o suo delegato

## DELEGA

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di datore di lavoro della Ditta

\_\_\_\_\_ sita in via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ dovendo effettuare il corso di

formazione: \_\_\_\_\_

per lavoratori della propria azienda di cui al settore ATECO \_\_\_\_\_ per la durata di \_\_\_\_\_ ore,

nei giorni (ENTRO 45 GIORNI DALLA DATA DI ISCRIZIONE AL CORSO)

## DELEGA

Il Socio AIESiL **SafetyForm s.r.l.** quale attuatore e responsabile del progetto formativo a richiedere la collaborazione dell' Ente Bilaterale di settore.

## ALL'UOPO DICHIARA

che il settore di applicazione del CCNL è il seguente:

COMMERCIO  SERVIZI  AGRICOLTURA  PESCA

TRASPORTI  INDUSTRIA  EDILE  ARTIGIANATO  MANIFATTURIERO

METALMECCANICO  ALTRO \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Datore di Lavoro  
o suo delegato