



Oggetto: Modulo di iscrizione corso

La sottoscritta ditta _____,
con sede in _____, tel./cell _____,
mail _____, fax. _____,
 iscritta Cassa Edile Macerata _____, non iscritta, altro,
P. IVA _____, C.Fisc. _____,
presa visione del regolamento dei corsi pubblicato sul sito www.cpt.mc.it nella sezione corsi, comunica che
intende far partecipare al corso di:

o **RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE- RSPP – Titolare di impresa**

CORSO BASE MODULO DI AGGIORNAMENTO

o **RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA- RLS-**

CORSO BASE MODULO DI AGGIORNAMENTO 4 h (imprese da 15 a 50 dipendenti)
 MODULO DI AGGIORNAMENTO 8 h (imprese oltre 50 dipendenti)

Il Sig. _____, titolare/dipendente/socio dell'impresa,
nato a (indicare Città e Stato di nascita se straniero) _____
il _____ residente a _____
tel. _____ Cod.fiscale _____

Il dipendente ad inizio corso, non deve essere in CIG , infortunio, malattia, ferie o permesso

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali e manifesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 7 del GDPR 679/2016

Dichiaro altresì di aver preso visione del REGOLAMENTO DEI CORSI presente sul sito: www.cpt.mc.it sezione CORSI

Macerata _____

(timbro e firma del rappresentante legale)

(firma del lavoratore)