



MODULO DI PRENOTAZIONE al CORSO

Addetto al Primo Soccorso

Sede CNA Frosinone - Via M^aria, 51

inizio lezioni: **28 - 29 aprile 2014**

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) _____
n° Albo Imprese Artigiane _____ n° Registro Imprese _____

Categoria di rischio
(barrare cat. relativa)

<input type="checkbox"/> BASSO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

chiede la prenotazione al corso per

SE STESSO
 il seguente partecipante:

Cognome e nome _____
Luogo di nascita _____ Prov. _____ il _____
Indirizzo residenza _____ Comune - _____ CAP - _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____
Rapporto con l'azienda _____

Data _____

Firma