



**Valle d'Aosta**

11100 Aosta - C.so Lancieri di Aosta, 11/F

Tel. 0165.31587 - Fax 0165.236702

Sito web: www.cna.ao.it - E-Mail: info@cna.ao.it

C.F.: 91009300079

P.I.: 01196090078

### MODULO ISCRIZIONE CORSI

COMPILARE IN MODO LEGGIBILE TUTTI I DATI RICHIESTI E INVIARE A: FORMAZIONE@CNA.AO.IT O -VIA FAX- ALLO 0165.236702

#### DATI AZIENDA

Ragione Sociale (nome azienda) \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Partita IVA azienda

Codice Fiscale azienda

Codice Di Interscambio ("CODICE SDI") per fattura elettronica: \_\_\_\_\_

► **IMPORTANTE** Tipologia di Attività / Codice ATECO: \_\_\_\_\_

#### DATORE DI LAVORO

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data / / \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Telefono \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> R.S.P.P.	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Carrelli Elevatori (Muletti)	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> Primo Soccorso Base <input type="checkbox"/> 16H <input type="checkbox"/> 12H / Agg <input type="checkbox"/> 6H <input type="checkbox"/> 4H	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Cestelli (PLE)	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> Antincendio Base <input type="checkbox"/> 8H <input type="checkbox"/> 4H / Agg <input type="checkbox"/> 5H <input type="checkbox"/> 2H	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Pale caricatrici	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> HACCP <input type="checkbox"/> Base 8H <input type="checkbox"/> Agg. 2H	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> MMT cumulativo	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> Ponteggi <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Gru su Autocarro	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> Trabattelli/Scale <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Altro.....	.....
<input type="checkbox"/> Funi ( <input type="checkbox"/> Preposto) <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	.....	.....

Il Partecipante dichiara di conoscere la lingua italiana parlata e scritta. Firma .....

#### LAVORATORI O SOCI LAVORATORI

1. Cognome e Nome \_\_\_\_\_  Lavoratore  Socio Lavoratore

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data / / \_\_\_\_\_

► **IMPORTANTE** Codice Fiscale

► **IMPORTANTE** Mansione \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Sicurezza Lavoratori <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Funi ( <input type="checkbox"/> Preposto)	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> Preposto Sicurezza <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Carrelli Elevatori (Muletti)	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> Primo Soccorso Base <input type="checkbox"/> 16H <input type="checkbox"/> 12H / Agg <input type="checkbox"/> 6H <input type="checkbox"/> 4H	<input type="checkbox"/> Cestelli (PLE)	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> Antincendio Base <input type="checkbox"/> 8H <input type="checkbox"/> 4H / Agg <input type="checkbox"/> 5H <input type="checkbox"/> 2H	<input type="checkbox"/> Pale caricatrici	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> R.L.S. <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. 4H	<input type="checkbox"/> MMT cumulativo	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> HACCP <input type="checkbox"/> Base 8H <input type="checkbox"/> Agg. 2H	<input type="checkbox"/> Gru su Autocarro	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.
<input type="checkbox"/> Ponteggi <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	<input type="checkbox"/> Altro.....	.....
<input type="checkbox"/> Trabattelli/Scale <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.	.....	.....

Il Partecipante dichiara di conoscere la lingua italiana parlata e scritta. Firma .....

Ai sensi del D.Lgs n.196/2003 si informa che i dati utilizzati per la spedizione di questa informativa, acquisiti dagli elenchi pubblici di InfoCamere, sono trattati nella piena tutela dei diritti e della riservatezza degli interessati ed in conformità alle disposizioni di legge. I dati non vengono comunicati, né diffusi a terzi in quanto utilizzati esclusivamente per la comunicazione oggetto della presente e vengono trattati sia su supporto cartaceo che informatico. Titolare del trattamento è CNA Valle d'Aosta. Si rende noto, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs n.196/2003, che sarà possibile chiedere in ogni momento la verifica, l'aggiornamento o la cancellazione dei dati personali, scrivendo alla Segreteria dell'Associazione anche via mail a "info@cna.ao.it".



2. Cognome e Nome

Lavoratore  Socio Lavoratore

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale [ ]

► **IMPORTANTE**  Telefono \_\_\_\_\_

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sicurezza Lavoratori  | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. | <input type="checkbox"/> Funi ( <input type="checkbox"/> Preposto) | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Preposto Sicurezza  | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. | <input type="checkbox"/> Carrelli Elevatori (Muletti)              | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Primo Soccorso Base <input type="checkbox"/> 16H <input type="checkbox"/> 12H / Agg <input type="checkbox"/> 6H <input type="checkbox"/> 4H |   | <input type="checkbox"/> Cestelli (PLE)                            | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Antincendio Base <input type="checkbox"/> 8H <input type="checkbox"/> 4H / Agg <input type="checkbox"/> 5H <input type="checkbox"/> 2H      |   | <input type="checkbox"/> Pale caricatori                           | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> R.L.S. <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. 4H   |   | <input type="checkbox"/> MMT cumulativo                            | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> HACCP <input type="checkbox"/> Base 8H <input type="checkbox"/> Agg. 2H   |   | <input type="checkbox"/> Gru su Autocarro                          | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Ponteggi <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.  |   | <input type="checkbox"/> Altro.....                                |   |
| <input type="checkbox"/> Trabattelli/Scale <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.   |   | .....  |   |

Il Partecipante dichiara di conoscere la lingua italiana parlata e scritta. Firma .....

3. Cognome e Nome

Lavoratore  Socio Lavoratore

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale [ ]

► **IMPORTANTE**  Telefono \_\_\_\_\_

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sicurezza Lavoratori  | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. | <input type="checkbox"/> Funi ( <input type="checkbox"/> Preposto) | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Preposto Sicurezza  | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. | <input type="checkbox"/> Carrelli Elevatori (Muletti)              | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Primo Soccorso Base <input type="checkbox"/> 16H <input type="checkbox"/> 12H / Agg <input type="checkbox"/> 6H <input type="checkbox"/> 4H |   | <input type="checkbox"/> Cestelli (PLE)                            | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Antincendio Base <input type="checkbox"/> 8H <input type="checkbox"/> 4H / Agg <input type="checkbox"/> 5H <input type="checkbox"/> 2H      |   | <input type="checkbox"/> Pale caricatori                           | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> R.L.S. <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. 4H   |   | <input type="checkbox"/> MMT cumulativo                            | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> HACCP <input type="checkbox"/> Base 8H <input type="checkbox"/> Agg. 2H   |   | <input type="checkbox"/> Gru su Autocarro                          | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Ponteggi <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.  |   | <input type="checkbox"/> Altro.....                                |   |
| <input type="checkbox"/> Trabattelli/Scale <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.   |   | .....  |   |

Il Partecipante dichiara di conoscere la lingua italiana parlata e scritta. Firma .....

4. Cognome e Nome

Lavoratore  Socio Lavoratore

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale [ ]

► **IMPORTANTE**  Telefono \_\_\_\_\_

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sicurezza Lavoratori  | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. | <input type="checkbox"/> Funi ( <input type="checkbox"/> Preposto) | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Preposto Sicurezza  | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. | <input type="checkbox"/> Carrelli Elevatori (Muletti)              | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Primo Soccorso Base <input type="checkbox"/> 16H <input type="checkbox"/> 12H / Agg <input type="checkbox"/> 6H <input type="checkbox"/> 4H |   | <input type="checkbox"/> Cestelli (PLE)                            | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Antincendio Base <input type="checkbox"/> 8H <input type="checkbox"/> 4H / Agg <input type="checkbox"/> 5H <input type="checkbox"/> 2H      |   | <input type="checkbox"/> Pale caricatori                           | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> R.L.S. <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. 4H   |   | <input type="checkbox"/> MMT cumulativo                            | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> HACCP <input type="checkbox"/> Base 8H <input type="checkbox"/> Agg. 2H   |   | <input type="checkbox"/> Gru su Autocarro                          | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg. |
| <input type="checkbox"/> Ponteggi <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.  |   | <input type="checkbox"/> Altro.....                                |   |
| <input type="checkbox"/> Trabattelli/Scale <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Agg.   |   | .....  |   |

Il Partecipante dichiara di conoscere la lingua italiana parlata e scritta. Firma .....

Note: .....  
.....  
.....  
.....

il responsabile dell'Azienda

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_