



Mod. RSPP 001 Rev. 0

Domanda di iscrizione

al modulo **RSPP DATORE DI LAVORO** ai sensi del **D.L.gs. n° 81/2008** che si terrà presso la Sede di F.O.C.S. Formazione di Caulonia Marina in via Allaro n. 2 – TEL. 0964 82158

___I___ sottoscritt_____ nato a _____ il _____

e residente a _____ alla Via _____

N° _____ Tel. _____ / _____ Cell _____ / _____

Fax _____ / _____ C. F. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

CHIEDE

l'iscrizione al modulo formativo RSPP DATORE DI LAVORO

A tal scopo, consapevole delle conseguenze in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA,

di essere datore di lavoro e che intende assumere l'incarico di Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione della propria Ditta _____

con sede in _____ Via _____

n° ____ (cap) _____ P. IVA |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Inoltre, dichiara di aver preso visione e di accettare:

- le modalità di svolgimento ed i contenuti del Corso di formazione RSPP Datore di Lavoro il cui costo complessivo è di € 150,00 (CENTOCINQUANTA/00) + IVA (più € 12,00 per diritti di segreteria emissione attestato);
- di versare un acconto pari a € 100,00 (cento/00) al momento dell'iscrizione;
- che il rilascio dell'attestato di partecipazione/frequenza sarà subordinato al saldo di quanto dovuto ed alla frequentazione di almeno l'80% delle ore di lezione previste dal piano di studi;
- di autorizzare il trattamento di dati personali ai soli fini derivanti dalla partecipazione all'attività di formazione (D.Lgs. 196/2003).

Data _____

Firma _____

Associazione F.O.C.S.

Sede Legale: Via Lungo Allaro, 2
89041 Caulonia Marina (RC)
Tel. 0964.82158
Fax 0964.1940186

Part. IVA 02633850801
Cod. Fisc.: 90022230800
Numero REA: RC – 179429
E-mail info@focsformazione.it
Sito www.focsformazione.it

- Accreditamento Regione Calabria Decreto n. 5627 dell'11/04/2013
- Centro Convenzionato ANFOS n. C-154
- Certificazione di Qualità ISO 9001: 2008