C.P.T. ORISTANO

COMITATO PARITETICO TERRITORIALE
PER LA PREVENZIONE INFORTUNI,
L'IGIENE E L'AMBIENTE DI LAVORO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il Legale Rap./ Titolare _____

ditta _____ P.I./C.F _____

indirizzo _____ C.A.P. _____

localita' _____ prov. _____

tel. _____ fax _____ mail _____

CHIEDE CHE

il Sig._____,

nato a_____ il _____

residente a_____C.A.P. _____

indirizzo _____n._____

tel. _____ mail _____

,in qualità di operaio edile, venga iscritto nell'elenco discenti per il corso **(durata 12 ore)**

(barrare la casella)

☐ **Formazione Specifica - Moduli 2 - 3 - 4 (** art. 37 c. 1 e 3 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)

organizzato dal C.P.T. di Oristano.

Luogo e Data **Timbro e Firma**

_____, _____ _____

Spazio riservato al CPT

Presentazione: data _____ ora _____

Note _____

_____

_____

_____

_____

09170 Oristano – Via Cagliari, 107 – Tel. 0783 212097 – Fax 0783 211945 – Cod. Fisc.:90011840957