

**SCHEDA DI ISCRIZIONE  
AGGIORNAMENTO ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE - CAT. B e C  
AGG. PS4**

(come previsto dal D.M. 388/2003 e D.Lgs. n° 81/2008)

Sede: Il corso della **durata di 4 ore** sarà erogato dal nostro Ente di formazione professionale **F.A.T.A. S.c.ar.l.**  
via Napoleonica, 62 - 33030 Campofornido (UD) - C.F. / P. IVA 02739230304 - accreditato dalla Regione FVG alla Formazione  
Continua (macrotipologia C) con decreto n. 4748/LAVFORU/2015.

Per informazioni tel. **0432/585353** - Per invio schede iscrizioni e-mail: [medlav@coram.it](mailto:medlav@coram.it)

**L'iscrizione dovrà pervenire entro 5 giorni dall'inizio del corso unitamente all'eventuale distinta di pagamento. Si ricorda che il rilascio dell'attestato è subordinato al saldo della quota di iscrizione.**

**CALENDARIO DEL CORSO:**

<b>12-10-2016</b>	<i>dalle ore</i>	<b>08:30</b>	<i>alle ore</i>	<b>12:30</b>
-------------------	------------------	--------------	-----------------	--------------

Il sottoscritto ..... in qualità di datore di Lavoro, affida alla società New Coram S.r.l. l'incarico di formare i lavoratori sotto indicati e dichiara che i lavoratori iscritti al corso comprendono la lingua italiana.

Dichiara inoltre che l'Azienda, nel Documento di Valutazione dei Rischi, appartiene alla categoria:

A                       B                       C

Firma \_\_\_\_\_

Al fine di offrire un servizio adeguato, Vi invitiamo a segnalare la presenza tra gli iscritti, di lavoratori diversamente abili. **SI**  **NO**

**DATI DELLA DITTA:**

Ragione Sociale .....  
Indirizzo ..... Città.....  
P. IVA ..... C.F. .... Tel. .... Mail.....

**DATI DEI PARTECIPANTI:**

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	NAZIONALITÀ	DATA ASSUNZIONE	MANSIONE SVOLTA

Si prega cortesemente di presentarsi muniti di un valido documento di identità.

➤ **Quota di partecipazione: € 101,26 (IVA inclusa)**

Il pagamento potrà essere eseguito tramite bonifico SEPA, assegno bancario anticipato, bancomat o carta di credito e contanti presso i nostri uffici.

In caso di bonifico, la distinta del pagamento dovrà essere inviata tramite fax o mail insieme al presente modulo di iscrizione.

Dati per il bonifico **IT68R0200812325000040710092** intestato a **NEW CORAM SRL**  
**CAUSALE AGGIORNAMENTO ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE - CAT. B e C**

**NORME PARTICOLARI:**

- **Rinvio del corso:** la società New Coram S.r.l. si riserva la facoltà, nel caso non pervenga un numero minimo di iscrizioni, di rinviare il corso. Ogni eventuale variazione sarà tempestivamente segnalata.
- **Rinunce:** eventuali rinunce degli iscritti ai corsi saranno prese in considerazione solo se segnalate alla segreteria almeno 3 giorni prima dell'inizio dei corsi stessi. In caso contrario, la quota di partecipazione già corrisposta verrà fatturata ugualmente e sarà mantenuto il diritto dell'iscritto a partecipare all'edizione successiva del corso stesso.

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003, i dati personali acquisiti con la presente scheda di adesione vengono trattati oltre che in forma cartacea, anche con sistemi automatizzati predisposti per memorizzare, gestire o trasmettere i dati stessi, con logiche strettamente correlate alle finalità della registrazione. Tali dati potranno essere comunicati ai soggetti (professionisti e consulenti) incaricati dell'esecuzione delle prestazioni di assistenza e consulenza in materia fiscale o contabile.

Data.....

Timbro e firma per accettazione .....

**NEW CORAM S.r.l.**  
Dir. Sanit. Dott.ssa Annamaria Bellomo

Istituzione Sanitaria Privata  
Ordinanza. N. 1  
Prot. 3194/D/1AC.5  
del 15/01/2010  
A.S.S. N. 4 Medio Friuli

Via T. Ciconi 10 (1° Piano) 33100 Udine  
tel. 0432 585420 fax 0432 585421  
C.F e P.IVA e Reg. Impr. 02451580308  
Cap.Soc. 12.000 € i. v.  
info@coram.it

[www.newcoram.it](http://www.newcoram.it) 