

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Titolare/legale rappresentante dell'impresa \_\_\_\_\_  
Con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Con unità operativa/e in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Partita Iva \_\_\_\_\_  
Esercente attività di \_\_\_\_\_  
Codice ATECO \_\_\_\_\_ Numero di dipendenti occupati \_\_\_\_\_  
Associato Confesercenti sì  NO

**CON LA PRESENTE CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO DI:**

**AREA SICUREZZA**

- FORMAZIONE DEI LAVORATORI DI AZIENDE A RISCHIO BASSO  GENERALE - 4 ORE  SPECIFICA - 4 ORE
- AGGIORNAMENTO FORMAZIONE DEI LAVORATORI PER AZIENDE A RISCHIO BASSO - 6 ORE
- FORMAZIONE SICUREZZA DEI LAVORATORI PER PERSONALE PREPOSTO - 8 ORE
- ANTINCENDIO  LIVELLO I - 4 ORE  LIVELLO II - 8 ORE  LIVELLO III - 16 ORE
- AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO  LIVELLO I - 2 ORE  LIVELLO II - 5 ORE  LIVELLO III - 8 ORE
- CORSO RLS - RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA - 32 ORE
- CORSO AGGIORNAMENTO RLS  4 ORE (15-50 DIPENDENTI)  8 ORE (OLTRE 50 DIPENDENTI)
- CORSO RSPP - RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE - 16 ORE
- AGGIORNAMENTO FORMAZIONE RSPP - 6 ORE
- CORSO PRIMO SOCCORSO - 12 ORE
- AGGIORNAMENTO PRIMO SOCCORSO - 4 ORE

**AREA IGIENE ALIMENTARE**

- HACCP - 4 ORE

**AREA APPRENDISTATO**

- FORMAZIONE APPRENDISTATO - 40 ORE

**AREA COMPETENZE PERSONALI**

- ACCOGLIENZA CLIENTI IN LINGUA INGLESE
- ACCOGLIENZA CLIENTI IN LINGUA TEDESCA
- PUBLIC SPEAKING
- EXCEL LIVELLO  BASE  MEDIO  AVANZATO
- IL MARKETING CON WHATSAPP
- FOOD PHOTOGRAPHY
- ALTRO (INDICARE TIPOLOGIA CORSO RICHIESTO)

**Avvertenze per l'azienda:**

1. compilare i dati di tutte le persone che si intendono far partecipare al corso di formazione;
2. compilare e firmare la parte relativa al consenso sull'utilizzo dei dati ai sensi della legge sulla privacy;
3. la date e il luogo effettivi dei corsi saranno confermate al raggiungimento del numero minimo di iscritti.

**Formula di consenso**

Il/La sottoscritto/a, dichiara, ai fini della richiesta, che la sottoscrizione del presente modulo costituisce anche dichiarazione di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679. Per prendere visione dell'informativa completa, visitare il sito internet: [www.enbil.it](http://www.enbil.it)

Firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

## Mod. SCHEDA DIPENDENTE

Azienda \_\_\_\_\_

Sede operativa di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

CCNL \_\_\_\_\_

Livello di inquadramento / Mansione specifica \_\_\_\_\_

Data ultima formazione per il corso richiesto \_\_\_\_\_

Data nomina (per addetto antincendio, addetto primo soccorso, RLS, RSPP \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Sede operativa di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

CCNL \_\_\_\_\_

Livello di inquadramento / Mansione specifica \_\_\_\_\_

Data ultima formazione per il corso richiesto \_\_\_\_\_

Data nomina (per addetto antincendio, addetto primo soccorso, RLS, RSPP \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Sede operativa di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

CCNL \_\_\_\_\_

Livello di inquadramento / Mansione specifica \_\_\_\_\_

Data ultima formazione per il corso richiesto \_\_\_\_\_

Data nomina (per addetto antincendio, addetto primo soccorso, RLS, RSPP \_\_\_\_\_