

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 - 12 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
- RLS - RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA - 32 ORE
- FORMAZIONE DATORE DI LAVORO - 16 ORE
- AGGIORNAMENTO RLS 4 ORE (15-50 DIPENDENTI) 8 ORE (OLTRE 50 DIPENDENTI)
- RSPP - RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE - 16 ORE
- AGGIORNAMENTO FORMAZIONE RSPP - 6 ORE
- 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:

- compilare i dati di tutte le persone che si intendono far partecipare al corso di formazione;
- compilare e firmare la parte relativa al consenso sull'utilizzo dei dati ai sensi della legge sulla privacy;
- la data e il luogo effettivi dei corsi saranno confermate al raggiungimento del numero minimo di iscritti
- tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro e dalle disposizioni dell'Ente Bilaterale saranno verificati e garantiti dal Centro di Formazione da noi designato per l'erogazione delle attività formative.

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

Firma _____ data _____

Mod. SCHEDE DIPENDENTE

Azienda _____

Sede operativa di _____ via _____ CAP _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza italiana SI NO

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 _____ Cittadinanza italiana SI NO

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 _____ Cittadinanza italiana SI NO

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) _____