

Scheda di iscrizione al corso di formazione di Primo Soccorso (gruppi B e C)

Da inviare a Enti Bilaterali - Regione Borgnalle 12 - Aosta - tel 0165231682
fax 0165 234105 - E-mail: s.ghignone@entibilaterali.vda.it

Il sottoscrittoLegale rappresentante

dell'azienda

con sede operativa in Via Comune

Tel Fax E mail

P.IVA o C.F.

| SETTORE DI ATTIVITA' DELL'AZIENDA | |
|---|---|
| Turismo <input type="checkbox"/> Alberghi <input type="checkbox"/> Ristoranti <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Altro (specificare)..... | Commercio <input type="checkbox"/> Commercio alimentare <input type="checkbox"/> Commercio non alimentare <input type="checkbox"/> Servizi <input type="checkbox"/> Altro (specificare)..... |

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO:

- COMPLETO (12 ore)**
 RINNOVO (4 ore)

del dipendente Nome Cognome

Nato a Il

CF (Allegare copia del codice fiscale del corsista)

Residente a Via.....

CAP..... Prov.....

Lingua madre Conoscenza italiano: SI NO

Qualifica professionale

Data

Firma e timbro
