



Titolo del corso:

CORSO DI FORMAZIONE PER

RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)

ai sensi dall'art. 19 del d.lgs. 626/94 e del Decreto Ministeriale del 16 gennaio 1997

Periodo di svolgimento: aprile - maggio 2008

Quota di partecipazione € 500,00 (in esenzione d'IVA) + € 1,81 (marca per fattura).

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Titolo di studio _____

Residenza e n. telefonico _____

E-mail _____

Azienda/Ente di appartenenza _____

Qualifica ricoperta _____

Dati per fatturazione: denominazione completa Azienda/Ente

Indirizzo _____, cap _____, P.IVA _____

C.F. _____

Data: _____

Firma _____

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 sulla tutela dei dati personali il sottoscritto in relazione alla possibilità di:

- trattare, inserire e conservare nella banca dati tutte le informazioni contenute nel modello riportato;
- utilizzare i dati al fine di essere informato su prodotti o iniziative Ce.F.A.S.;
- comunicare i dati suindicati a soggetti determinati esclusivamente a fini occupazionali

☐ nega il consenso al Ce.F.A.S.

☐ dà il consenso al Ce.F.A.S.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 si avvale inoltre della facoltà di chiedere in qualsiasi momento la cancellazione del proprio nominativo dalla banca dati Ce.F.A.S.

Data _____

Firma _____

Iniziativa realizzata in collaborazione con
UNIVERSITÀ DELLA TUSCIA
FACOLTÀ DI AGRARIA
DIPARTIMENTO GEMINI

ASL DI VITERBO
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Prevenzione, Igiene e
Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

Consegnare a: **Ce.F.A.S.** Viale Trieste 127 – 01100 Viterbo, tel. 0761/32.41.96, fax 0761/34.59.74,
e-mail: formazione@cefass.org

DO/COM

RFA