

# C.A.F. ASCOM BRESCIA srl

Società Uninomiale controllata e coordinata da

**CONFCOMMERCIO**

IMPRESE PER L'ITALIA

BRESCIA

ASSOCIAZIONE COMMERCianti DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

## **MODULO DI PRENOTAZIONE**

### **CORSO ADDETTO ANTINCENDIO BASSO RISCHIO**

*(da trasmettere al fax n° 030.44928 o all'email [formazione@cafascombs.it](mailto:formazione@cafascombs.it))*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

della ditta \_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### **è interessato/a**

a iscrivere al prossimo corso di **Addetto antincendio basso rischio** il/i seguente/i nominativo/i:

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Luogo e data*

\_\_\_\_\_  
*Timbro azienda e firma titolare o legale rappresentante*