

**EBBCS**

Ente Bilaterale Bresciano del Commercio e dei Servizi

**CONFCOMMERCIO**  
IMPRESE PER L'ITALIABRESCIA  
ASSOCIAZIONE COMMERCianti DELLA PROVINCIA DI BRESCIA**EBBT**

Ente Bilaterale Bresciano del Turismo

**C.A.F. ASCOM BRESCIA srl**

Società Uninomiale controllata e coordinata da

**CONFCOMMERCIO**  
IMPRESE PER L'ITALIABRESCIA  
ASSOCIAZIONE COMMERCianti DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

**SCHEDE D'ISCRIZIONE CORSO**  
**ADDETTO PRIMO SOCCORSO AGGIORNAMENTO**  
*(da trasmettere al fax n° 030.44928 o all'e-mail [formazione@cafascombs.it](mailto:formazione@cafascombs.it))*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
della ditta/società \_\_\_\_\_

**con sede legale e/o operativa**

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di iscriversi al corso di **Addetto primo soccorso aggiornamento**, che avrà luogo nella sede di Brescia, via Giuseppe Bertolotti, 1 nella giornata del **27 maggio 2021**, dalle ore 9.00 alle ore 13.00, il/i seguente/i nominativo/i:

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

Il sottoscritto, consapevole che i corsi professionali organizzati dal **C.A.F. Ascom Brescia Srl** sono riservati esclusivamente alle aziende iscritte a **Confcommercio Brescia**, all'**Ente bilaterale bresciano del commercio e dei servizi** o all'**Ente bilaterale bresciano del turismo**, dichiara di essere regolarmente associato all'Associazione ed iscritto all'Ente bilaterale di competenza per il corrente anno, ovvero di provvedere quanto prima a regolarizzare la propria posizione associativa, ovvero, in ogni caso, a versare la relativa quota annuale.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30.6.2003 n° 196; il titolare del trattamento è il **C.A.F. Ascom Brescia Srl**.

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

*Qualora, per motivi organizzativi o per il mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti (o per esaurimento dei posti disponibili), il **C.A.F. Ascom Brescia Srl** annulli il corso di cui alla presente domanda, l'iscrizione si ritiene comunque valida e confermata per la successiva edizione del medesimo corso.*

In ottemperanza a quanto disposto dall'art.37, comma 13, del D.Lgs. 9 aprile 2008, n.81, la partecipazione al corso di «**lavoratori immigrati**» sarà confermata «**previa verifica della comprensione e conoscenza della lingua**» italiana.