



**CONFCOMMERCIO**  
IMPRESE PER L'ITALIA

**BRESCIA**  
ASSOCIAZIONE COMMERCianti DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

**SCHEDA D'ISCRIZIONE CORSO**  
**FORMAZIONE SICUREZZA LAVORATORI**

(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 \_\_\_\_\_ Codice ATECO \_\_\_\_\_

**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 **Formazione sicurezza lavoratori**, che avrà luogo nella sede di Brescia, via Giuseppe Bertolotti, 1 nelle giornate del **21 e 28 novembre 2024**, dalle ore 14.00 alle ore 18.00, il/i seguente/i nominativo/i:

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

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

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

**- Allegare alla scheda di iscrizione copia del codice fiscale di ogni iscritto -**

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.