



**CONFCOMMERCIO**  
IMPRESE PER L'ITALIA

**BRESCIA**  
ASSOCIAZIONE COMMERCianti DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

**SCHEDA D'ISCRIZIONE CORSO**  
**FORMAZIONE SICUREZZA LAVORATORI 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 \_\_\_\_\_ 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 aggiornamento**, che avrà luogo nella sede di Brescia, via Giuseppe Bertolotti, 1 nelle giornate del **24 e 31 gennaio 2025**, dalle ore 9.00 alle ore 12.00, 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. 196/2003 e dell'art.13 Reg.UE 2016/679 (GDPR); 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.