

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

ADDETTO PRIMO SOCCORSO

(da trasmettere al fax n° 030.44928 o all'email 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 iscriversi al prossimo corso di **Addetto primo soccorso** 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