



Modulo di Iscrizione “Terzo quadrimestre 2018” (inviare via mail: mediservice@ausilio.it)

Argomento:

secondo quanto previsto dalla normativa vigente

Luogo di esecuzione:

Ausilio Poliambulatorio MEDISERVICE, **Via Costanzo II, n°11 - 47122 Forlì (FC).**

Materiale rilasciato:

- Attestato di frequenza

Modalità di Pagamento:

Al termine del corso sarà emessa fattura e il pagamento avverrà mediante **Ri. Ba. 60 gg fine mese data fattura.**

Sarà nostra cura informarVi dell'annullamento del corso, nel caso in cui non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti.

L'eventuale Vostra **NON partecipazione al corso dovrà pervenirci almeno 3 giorni prima dell'inizio del corso.** In caso contrario saremo costretti ad addebitarVi comunque il costo del corso.

Per procedere con l'iscrizione scegliere la **data del corso** e COMPILARE la “scheda d'iscrizione” indicando nell'apposita casella:

NOME, COGNOME, LUOGO E DATA DI NASCITA del partecipante

SCHEDA ISCRIZIONE - CORSI ANTINCENDIO D.M. 388/98

TIPOLOGIA CORSO	COSTO CAD	NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	EDIZIONE
Antincendio MEDIO 8 ore	€. 170,00			<input type="checkbox"/> 18 settembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
				<input type="checkbox"/> 27 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
				<input type="checkbox"/> 13 Dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
Antincendio BASSO 4 ore	€. 95,00			<input type="checkbox"/> 18 settembre 2018 orario 08:30 - 12:30
				<input type="checkbox"/> 27 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30
				<input type="checkbox"/> 13 Dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30
<u>Aggiornamento</u> Antincendio MEDIO 5 ore	€. 115,00			<input type="checkbox"/> 18 settembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 14:30
				<input type="checkbox"/> 27 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 14:30
				<input type="checkbox"/> 13 Dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 14:30
<u>Aggiornamento</u> Antincendio BASSO 2 ore	€. 50,00			<input type="checkbox"/> 18 settembre 2018 orario 08:30 - 10:30
				<input type="checkbox"/> 27 novembre 2018 orario 08:30 - 10:30
				<input type="checkbox"/> 13 Dicembre 2018 orario 08:30 - 10:30

Dati per la fatturazione (stampatello leggibile): Banca IBAN.....

Referente Interno Sig./Sig.ra Mail di contatto Tel.....

Per Accettazione

Data _____ Timbro Azienda _____ Firma (Azienda) _____

AUSILIO S.p.A.

Sede Legale: 40026 Imola (Bo) Via Molino Rosso, 3/3A Tel. 0542.621430 - Fax 0542.621439 – ausilio@ausilio.it

Poliambulatorio Mediservice: 47122 Forlì (FC) – Via Costanzo II, 11 – Tel. 0542621498 – Fax 0542.621494 – mediservice@ausilio.it

P. IVA 01632671200 – Cap. Soc. euro 274.700,00 – C.F. e Reg. Impr. Bologna n° 01632671200 – R.E.A. n° 355338 www.ausilio.it



SCHEDA ISCRIZIONE - CORSO PRIMO SOCCORSO D.M. 388/03

TIPOLOGIA CORSO	COSTO CAD	NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	EDIZIONE
Primo soccorso GRUPPO A di 16 ore	€. 180,00			<input type="checkbox"/> 9-10 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
				<input type="checkbox"/> 4-5 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
Primo soccorso GRUPPO B-C di 12 ore	€. 150,00			<input type="checkbox"/> 9-ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30 10 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30
				<input type="checkbox"/> 4 dicembre 2018 orario 08:30-12:30 e 13:30-17:30 5 dicembre 2018 orario 08:30-12:30
<u>Aggiornamento</u> Primo soccorso GRUPPO A 6 ore	€. 90,00			<input type="checkbox"/> 10 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 15:30
				<input type="checkbox"/> 5 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 15:30
<u>Aggiornamento</u> Primo soccorso GRUPPO B-C 4 ore	€. 80,00			<input type="checkbox"/> 10 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30
				<input type="checkbox"/> 5 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30

Dati per la fatturazione (stampatello leggibile): Banca IBAN.....

Referente Interno Sig./Sig.ra..... Mail di contatto Tel.....

Per Accettazione

Data _____ Timbro Azienda _____ Firma (Azienda) _____

SCHEDA ISCRIZIONE - CORSO LAVORATORI D.LGS. 81/08 S.M.I. ACCORDO STATO REGIONE 21.12.2011





TIPOLOGIA CORSO	COSTO CAD	NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	EDIZIONE
Lavoratori BASSO 8 ore	€. 80,00			<input type="checkbox"/> 4 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
				<input type="checkbox"/> 19 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
				<input type="checkbox"/> 17 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
Lavoratori MEDIO 12 ore	€. 140,00			<input type="checkbox"/> 4-5 ottobre orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30 (solo 4 ottobre)
				<input type="checkbox"/> 19-20 novembre orario:08:30-12:30 e 13:30-17:30 (solo 19 nov.)
				<input type="checkbox"/> 17-18 dicembre orario 08:30-12:30 e 13:30-17:30(solo 17.dic.)
Lavoratori ALTO 16 ore	€. 170,00			<input type="checkbox"/> 4-5 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
				<input type="checkbox"/> 19-20 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
				<input type="checkbox"/> 17-18 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
<u>Aggiornamento</u> Lavoratori 6 ore	€. 90,00			<input type="checkbox"/> 4 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 15:30
				<input type="checkbox"/> 19 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 15:30
				<input type="checkbox"/> 17 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 15:30

Dati per la fatturazione (stampatello leggibile): Banca IBAN.....

Referente Interno Sig./Sig.ra Mail di contatto Tel.....

Per Accettazione

Data _____ Timbro Azienda _____ Firma (Azienda) _____

SCHEDA ISCRIZIONE - CORSO RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) D.LGS. 81/08 S.M.I.

TIPOLOGIA CORSO	COSTO	NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI	EDIZIONE
-----------------	-------	----------------	-----------------	----------


AUSILIO S.p.A.

Sede Legale: 40026 Imola (Bo) Via Molino Rosso, 3/3A Tel. 0542.621430 - Fax 0542.621439 – ausilio@ausilio.it

Poliambulatorio Mediservice: 47122 Forlì (FC) – Via Costanzo II, 11 – Tel. 0542621498 – Fax 0542.621494 – mediservice@ausilio.it

P. IVA 01632671200 – Cap. Soc. euro 274.700,00 – C.F. e Reg. Impr. Bologna n° 01632671200 – R.E.A. n° 355338 www.ausilio.it



	CAD		NASCITA	
 Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza 32 ore	€. 400,00			<input type="checkbox"/> 4 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30 <input type="checkbox"/> 29 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30 <input type="checkbox"/> 26 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30 <input type="checkbox"/> 17 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
<u>Aggiornamento</u> Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza 8 ore	€. 160,00			<input type="checkbox"/> 4 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
<u>Aggiornamento</u> Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza 4 ore	€. 90,00			<input type="checkbox"/> 19 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30 <input type="checkbox"/> 17 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
				<input type="checkbox"/> 4 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30
				<input type="checkbox"/> 19 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30
				<input type="checkbox"/> 17 dicembre 2018 orario 08:30 -12:30

Dati per la fatturazione (stampatello leggibile): Banca IBAN.....

Referente Interno Sig./Sig.ra Mail di contatto Tel.....


Per Accettazione

Data _____ Timbro Azienda _____ Firma (Azienda) _____

SCHEDA ISCRIZIONE - CORSO PREPOSTI D.LGS. 81/08 S.M.I. ACCORDO STATO REGIONE 21.12.2011

TIPOLOGIA CORSO	COSTO CAD	NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	EDIZIONE
-----------------	-----------	----------------	-------------------------	----------



 Preposti 8 ore	€. 130,00		<input type="checkbox"/> 5 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
			<input type="checkbox"/> 20 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
			<input type="checkbox"/> 18 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 17:30
<u>Aggiornamento</u> Preposti 6 ore	€. 100,00		<input type="checkbox"/> 5 ottobre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 15:30
			<input type="checkbox"/> 20 novembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 15:30
			<input type="checkbox"/> 18 dicembre 2018 orario 08:30 - 12:30 e 13:30 - 15:30

Dati per la fatturazione (stampatello leggibile): Banca IBAN

Referente Interno Sig./Sig.ra Mail di contatto Tel.....

Per Accettazione

Data _____ Timbro Azienda _____ Firma (Azienda) _____