



## **Modulo di Iscrizione CORSI SICUREZZA PER LAVORATORI ex art.37 - AUSILIO SPA**

***(inviare via mail: [ausilio@ausilio.it](mailto:ausilio@ausilio.it))***

Indicare di seguito con una crocetta il corso scelto e la data di effettuazione disponibile da calendario ([www.ausilio.it](http://www.ausilio.it)):

CORSO PARTE GENERALE	<input type="checkbox"/>	4 ORE	Data: _____		
CORSO RISCHIO BASSO	<input type="checkbox"/>	EX NOVO PARTE SPECIFICA 4 ORE	<input type="checkbox"/>	AGGIORNAMENTO 6 ORE	Data: _____
CORSO RISCHIO MEDIO	<input type="checkbox"/>	EX NOVO PARTE SPECIFICA 8 ORE	<input type="checkbox"/>	AGGIORNAMENTO 6 ORE	Data: _____
CORSO RISCHIO ALTO	<input type="checkbox"/>	EX NOVO PARTE SPECIFICA 12 ORE	<input type="checkbox"/>	AGGIORNAMENTO 6 ORE	Data: _____
PREPOSTI	<input type="checkbox"/>	EX NOVO 8 ORE	<input type="checkbox"/>	AGGIORNAMENTO 6 ORE	Data: _____
RLS	<input type="checkbox"/>	AGGIORNAMENTO 8 ORE	<input type="checkbox"/>	AGGIORNAMENTO 4 ORE	Data: _____

**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 Accettazione**

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma (Azienda) \_\_\_\_\_

#### **DATI PER LA FATTURAZIONE (STAMPATELLO LEGGIBILE):**

Ragione Sociale .....

Via ..... Cap. .... Città .....

P.I..... Codice Fiscale .....Codice Ateco:.....

Banca .....IBAN.....

Referente Interno Sig./Sig.ra..... Tel.....

Mail per contatti/comunicazioni.....

Mail per invio informativa privacy.....

**AUSILIO S.p.A.**

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

**Poliambulatorio Mediservice:** 47122 Forlì (FC) - Via Costanzo II, 11 - Tel. 0542621498 - Fax 0542.621494 - [mediservice@ausilio.it](mailto: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](http://www.ausilio.it)

