**SONO RICHIESTI I SEGUENTI DATI PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE GRATUITO SICUREZZA DATORI DI LAVORO E LAVORATORI**

*\*\*\*\*\*DATI ANAGRAFICI CORSISTA\*\*\*\*\**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome\* |  |
| Cognome\* |  |
| Codice Fiscale\* |  |
| Sesso\* |  |
| Data di nascita\* |  |
| Provincia\* |  |
| Comune\* |  |
| Nazione\* |  |
| Telefono\* |  |
| Cellulare\*# |  |
| Email\* |  |

*\*\*\*\*\*RESIDENZA\*\*\*\*\**

|  |  |
| --- | --- |
| Provincia\* |  |
| Comune\* |  |
| Indirizzo\* |  |
| CAP Residenza\* |  |

*\*\*\*\*\*AZIENDA\*\*\*\*\**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione\* |  |
| Assunto dal (in caso di lavoratore dipendente\*) |  |
| Settore Attività \* |  |
| Funzione Aziendale\* |  |

**Da inviare mezzo mail a** **info@cnabari.it** **o mezzo fax 080.5486947**

**\*N.B. tutti i campi sono obbligatori**

**#** **Richiesto per comunicazioni immediate inerenti all'evento/corso**