

**Modulo di Adesione al corso di informazione e formazione del
Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza della durata di 32 ore.**
(D.lgs. n 81 /2008, D.lgs.106/2009 art.37)

Inviare tale coupon via fax. al n. 081.413965

Azienda	
Con sede in _____ Via _____	
Cap _____	Provincia _____ Partita Iva _____
Tel. _____	Fax _____
Nominativo partecipante _____	
Luogo e Data e di nascita _____	
Codice Fiscale Partecipante/i _____	
E-mail aziendale _____	E-mail partecipante _____
<i>La quota di iscrizione prevista è di € 400,00 + IVA per ciascun partecipante, che l'Azienda si impegna a versare all'atto dell'iscrizione.</i>	
Per Accettazione Azienda	
Timbro/Firma	DATA
-----	-----

Il calendario del corso sarà comunicato all'atto dell'organizzazione dello stesso.

Per ulteriori informazioni su tale iniziativa rivolgersi alla **Dott.ssa Piantadosi** al n. 081.414555.

Sede legale: 80121 Napoli Via Cavallerizza a Chiaia, 46

Sede gestionale: 80121 Napoli Via Marino Turchi 34 tel. 081 414555 416213 fax 413965

Sedi operative: Milano, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Caserta, Bari, Lecce

www.medasservice.it – info@medasservice.it

c.f. e P. IVA 06392660632 – Trib. 4699/91 – CCIAA 487843