

scheda di iscrizione al corso

RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)
 per svolgimento diretto da parte del Datore di Lavoro dei compiti di Prevenzione Protezione dei Rischi - Durata: 16 ore
PER AZIENDE A RISCHIO BASSO

(D.Lgs. 81/08 art. 34 – DM 16 gennaio 1997 – Conferenza Stato Regioni Provvedimento PROT 223 del 21.12.2011)

da restituire a mezzo fax 0434/541865

Il sottoscritto richiede l'iscrizione al corso di formazione sotto indicato ed è a conoscenza che verrà telefonicamente avvisato circa le date di inizio del primo corso in programmazione.

Dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:

- 1) la sottoscrizione della presente scheda vincola il sottoscrittore al pagamento dell'intero importo previsto per la partecipazione al corso
- 2) l'eventuale disdetta al corso deve pervenire per iscritto almeno 7 gg prima della data di avvio dello stesso. Nel caso la rinuncia pervenga oltre tale limite, e comunque **prima dell'inizio del corso**, Terziaria si riserva il diritto di addebito del 50% della quota di iscrizione. In caso di ritiro **dopo l'inizio del corso o di non frequenza** verrà in ogni caso addebitata l'intera quota di partecipazione.
- 3) è obbligatoria una frequenza minima del 90% delle ore corso e che è previsto un test di valutazione di apprendimento. La mancata presenza nel tempo minimo obbligatorio (anche se causato da motivi quali: malattia, infortunio ecc. seppur certificati) e la non effettuazione del test di verifica finale preclude la possibilità di ottenere l'attestato.

Terziaria srl si riserva la possibilità di annullare il corso qualora il numero degli iscritti non sia tale da garantire il buon successo dello stesso. In tal caso la comunicazione avverrà con contatto telefonico (unicamente ai partecipanti che avranno dato adesione scritta compilando in ogni sua parte la presente scheda) e la quota di adesione sarà integralmente restituita.

**Il pagamento dovrà essere effettuato prima dell'inizio del corso con versamento in contanti c/o sede Terziaria srl o a mezzo bonifico
 Banca Popolare Friuladria spa, agenzia n. 1 di Pordenone, codice IBAN: IT 82 Q 05336 12501 000030197541**

ANAGRAFICA DITTA

Rag. sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____

Tel. _____ e-mail _____ cod. ATECO _____

- Bar / Ristorante / Dettaglio Alim. Specializzato / Supermercato Alim./ Panificio / Gelateria
 Gastronomia / Macelleria e Pescheria / Servizi-Uffici-Agenzie / Ingrosso Alimentare Ingrosso non Alim.re
 Officina Negozi di prodotti non Alimentari (abbigliamento-casa-persona-ecc.) / Farmacia / Altro _____

ANAGRAFICA PARTECIPANTE PER RILASCIO ATTESTATO

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ cod. fisc. _____

Titolare / Datore di Lavoro Legale Rappresentante

1° INCONTRO Normativo giuridico	2° INCONTRO Gestione della sicurezza	3° INCONTRO Individuazione valutazione rischi	4° INCONTRO Formazione e consultazione
La Normativa di riferimento in materia di Igiene e Sicurezza sul Lavoro Organizzazione interna, Figure Responsabili; Addetti Comunicazioni e nomine Diritti e Doveri dei dipendenti Gli Organi di Vigilanza.	Panoramica dei rischi presenti in azienda / criteri e strumenti di autocontrollo e contenuti del Documento di Autovalutazione dei Rischi / DUVRI e gestione appalti / Modelli di gestione della sicurezza, gestione della documentazione amministrativa e comunicazioni formali per nomine interne / Organizzazione della prevenzione, del pronto soccorso e delle emergenze.	I principali fattori di rischio e le misure tecniche di prevenzione: la movimentazione manuale dei carichi; DPI; Rischio Elettrico; Segnaletica; Rischi di natura ergonomia; Stress lavoro correlato; Videoterminali Agenti Chimici e Biologici, Rumore; la sorveglianza sanitaria	Formazione /Informazione Tecniche di comunicazione, Relazioni aziendali e sindacali Il rappresentante dei lavoratori e modalità di nomina Test di verifica dell'apprendimento Consegna Attestati
COSTO DEI QUATTRO INCONTRI	<input type="checkbox"/> € 220,00 + IVA (socio Ascom) <input type="checkbox"/> € 310,00 + IVA (non socio Ascom)		

Data _____

 Firma (leggibile)