

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Titolare/legale rappresentante dell'impresa \_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Con unità operativa/e in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_

Esercente attività di \_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_ Numero di dipendenti occupati \_\_\_\_\_

Associato Confesercenti      Sì     NO

**CON LA PRESENTE CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO DI:**

**AREA SICUREZZA**

- FORMAZIONE DEI LAVORATORI DI AZIENDE A RISCHIO BASSO       GENERALE - 4 ORE       SPECIFICA - 4 ORE
- AGGIORNAMENTO FORMAZIONE DEI LAVORATORI PER AZIENDE A RISCHIO BASSO - 6 ORE
- FORMAZIONE SICUREZZA DEI LAVORATORI PER PERSONALE PREPOSTO - 12 ORE
- ANTINCENDIO       LIVELLO I - 4 ORE       LIVELLO II - 8 ORE       LIVELLO III - 16 ORE
- AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO       LIVELLO I - 2 ORE       LIVELLO II - 5 ORE       LIVELLO III - 8 ORE
- RLS - RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA - 32 ORE
- FORMAZIONE DATORE DI LAVORO - 16 ORE
- AGGIORNAMENTO RLS      4 ORE  (15-50 DIPENDENTI)       8 ORE (OLTRE 50 DIPENDENTI)
- RSPP - RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE - 16 ORE
- AGGIORNAMENTO FORMAZIONE RSPP - 6 ORE
- PRIMO SOCCORSO - 12 ORE
- AGGIORNAMENTO PRIMO SOCCORSO - 4 ORE

**AREA IGIENE ALIMENTARE**

- HACCP - 4 ORE

**AREA APPRENDISTATO**

- FORMAZIONE APPRENDISTATO - 40 ORE

**AREA COMPETENZE PERSONALI**

- ACCOGLIENZA CLIENTI IN LINGUA INGLESE
- ACCOGLIENZA CLIENTI IN LINGUA TEDESCA
- PUBLIC SPEAKING
- EXCEL LIVELLO       BASE       MEDIO       AVANZATO
- IL MARKETING CON WHATSAPP
- FOOD PHOTOGRAPHY
- ALTRO (INDICARE TIPOLOGIA CORSO RICHIESTO)

**Avvertenze per l'azienda:**

- compilare i dati di tutte le persone che si intendono far partecipare al corso di formazione;
- compilare e firmare la parte relativa al consenso sull'utilizzo dei dati ai sensi della legge sulla privacy;
- la data e il luogo effettivi dei corsi saranno confermate al raggiungimento del numero minimo di iscritti
- tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro e dalle disposizioni dell'Ente Bilaterale saranno verificati e garantiti dal Centro di Formazione da noi designato per l'erogazione delle attività formative.

**Formula di consenso**

Il/La sottoscritto/a, dichiara, ai fini della richiesta, che la sottoscrizione del presente modulo costituisce anche dichiarazione di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679. Per prendere visione dell'informativa completa, visitare il sito internet: [www.enbil.it](http://www.enbil.it)

Firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

## Mod. SCHEDE DIPENDENTE

Azienda \_\_\_\_\_

Sede operativa di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza italiana SI  NO

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

CCNL \_\_\_\_\_

Livello di inquadramento / Mansione specifica \_\_\_\_\_

Data ultima formazione per il corso richiesto \_\_\_\_\_

Data nomina (per addetto antincendio, addetto primo soccorso, RLS, RSPP) \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Sede operativa di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza italiana SI  NO

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

CCNL \_\_\_\_\_

Livello di inquadramento / Mansione specifica \_\_\_\_\_

Data ultima formazione per il corso richiesto \_\_\_\_\_

Data nomina (per addetto antincendio, addetto primo soccorso, RLS, RSPP) \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Sede operativa di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza italiana SI  NO

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

CCNL \_\_\_\_\_

Livello di inquadramento / Mansione specifica \_\_\_\_\_

Data ultima formazione per il corso richiesto \_\_\_\_\_

Data nomina (per addetto antincendio, addetto primo soccorso, RLS, RSPP) \_\_\_\_\_