



**Confederazione Nazionale  
dell'Artigianato e della Piccola  
e Media Impresa**  
Associazione Provinciale di Frosinone

MODULO DI PRENOTAZIONE al CORSO

**Addetto al Primo Soccorso**

Sede CNA Frosinone - Via M<sup>a</sup>ria, 51

inizio lezioni: **21 - 25 luglio 2014 ore 17.00**

I sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat\_ a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ Comune - \_\_\_\_\_ CAP - \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'impresa \_\_\_\_\_  
natura societaria \_\_\_\_\_ con sede a - \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP - \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
esercente l'attività di \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Numero dipendenti \_\_\_\_\_ Codice Attività (ATECO) \_\_\_\_\_  
n° Albo Imprese Artigiane \_\_\_\_\_ n° Registro Imprese \_\_\_\_\_

Categoria di rischio  
(barrare cat. relativa)

**BASSO**

**MEDIO**

**ALTO**

**chiede la prenotazione al corso per**

☐  
☐

**SE STESSO**

**il seguente partecipante:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Indirizzo residenza \_\_\_\_\_ Comune - \_\_\_\_\_ CAP - \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Rapporto con l'azienda \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma