

# SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

# CORSO

per lavoratori di tutte le categorie  
a rischio basso, medio e alto.

moduli **DA 4 E 12 ORE** d.Lgs. 81/08



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome	Nome
Nato a	il
Residente in via	
Città	Cap
Cellulare	e-mail
Mansione lavorativa	Cod. Fisc.
Ente   Datore di lavoro	Part. Iva.

### Allegare

- ◆ Copia del documento di identità in corso di validità
- ◆ Copia del codice fiscale
- ◆ Copia del bonifico

### Dati di fatturazione

- ◆ Ragione sociale
- ◆ Indirizzo
- ◆ Partita Iva
- ◆ Codice destinatario
- ◆ Pec

### DATI BONIFICO

Intestato a CENTRO DI FORMAZIONE SANITARIA SICILIA | Banca Credit Agricole | Iban IT 69M0623004609000015309618  
Causale: Cognome e Nome - Corso Formazione lavoratori

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679 per la protezione dei dati personali, con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo l'Ordine dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Palermo al trattamento dei dati personali.

*Il sottoscritto consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali.*

Data -----

Firma -----



**Ordine dei medici di Palermo | Albo odontoiatri | Provider 1224**

Soggetto formatore per la sicurezza presso il Dasoe dell'assessorato alla Salute della Regione siciliana  
info e iscrizione [formazione@ordinemedicipa.it](mailto:formazione@ordinemedicipa.it) - tel. 091.6710220