



ORGANIZZA IL CORSO DI PRIMO SOCCORSO per le aziende di tutti i settori

secondo il D.L n. 388/03 e D.L 81/08 Regolamento recante disposizioni
sul pronto soccorso aziendale



nota : la sopracitata norma prevede corsi diversificati da 12 o 16 ore secondo della classificazione aziendale
pertanto occorre che il datore di lavoro conosca com' è classificata la propria azienda .

Al termine del corso viene rilasciata attestazione valida ai sensi del D.L. 81/2008.

tipo di corso **aziende gruppo A - corso della durata di 16 ore**

| | | | | | |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| date | mar 07/02/12 | gio 09/02/12 | mar 14/02/12 | gio 16/02/12 | mar 21/02/12 |
| orari | 20,00-23,00 | 20,00-23,00 | 20,00-23,00 | 20,00-23,00 | 19,00-23,00 |

tipo di corso **aziende gruppo B C - corso della durata di 12 ore**

| | | | | |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| date | mar 07/02/12 | gio 09/02/12 | mar 14/02/12 | gio 16/02/12 |
| orari | 20,00-23,00 | 20,00-23,00 | 20,00-23,00 | 20,00-23,00 |

tipo di corso **RIADDESTRAMENTO TRIENNALE - per chi ha già svolto il corso di 16 o 12 ore**

| | | |
|-------|--------------|--------------|
| date | mar 14/02/12 | gio 16/02/12 |
| orari | 20,00-23,00 | 20,00-23,00 |

Presso l' auditorium del Comune di Sarnico
Chi e' interessato contatti la nostra segreteria al mattino
Tel. 035.935499 (al mattino) fax 035.935735

[e-mail segreteria.vbs.sarnico@virgilio.it](mailto:segreteria.vbs.sarnico@virgilio.it)



ISCRIZIONE AL CORSO PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO NELLE AZIENDE

inviare via fax 035 935735 via mail segreteria.vbs.sarnico@virgilio.it

| | | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| date del corso: | 16 ORE | mar 07/02/12 | gio 09/02/12 | mar 14/02/12 | gio 16/02/12 | mar 21/02/12 |
| | 12 ORE | mar 07/02/12 | gio 09/02/12 | mar 14/02/12 | gio 16/02/12 | |
| | RIADDESTRAMENTO TRIENNALE | | | mar 14/02/12 | gio 16/02/12 | |

LISTA DEGLI ISCRITTI :

1) cognome _____
 nome _____
 luogo nascita _____ prov. _____
 data di nascita _____

2) cognome _____
 nome _____
 luogo nascita _____ prov. _____
 data di nascita _____

3) cognome _____
 nome _____
 luogo nascita _____ prov. _____
 data di nascita _____

4) cognome _____
 nome _____
 luogo nascita _____ prov. _____
 data di nascita _____

TIPO DI CORSO (BARRARE)

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16 | 16 ORE per aziende del gruppo A |
| <input type="checkbox"/> 12 | 12 ORE per aziende del gruppo B C |
| <input type="checkbox"/> R | RIADDESTRAMENTO TRIENNALE |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16 | 16 ORE per aziende del gruppo A |
| <input type="checkbox"/> 12 | 12 ORE per aziende del gruppo B C |
| <input type="checkbox"/> R | RIADDESTRAMENTO TRIENNALE |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16 | 16 ORE per aziende del gruppo A |
| <input type="checkbox"/> 12 | 12 ORE per aziende del gruppo B C |
| <input type="checkbox"/> R | RIADDESTRAMENTO TRIENNALE |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16 | 16 ORE per aziende del gruppo A |
| <input type="checkbox"/> 12 | 12 ORE per aziende del gruppo B C |
| <input type="checkbox"/> R | RIADDESTRAMENTO TRIENNALE |

DATI AZIENDA :

ragione sociale _____

via _____ N° _____

paese/citta _____ prov. _____

p.iva / c.f _____

tel _____ fax _____

mail _____

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE