



**PROGETTO SALUTE SRL propone:**

## **CORSO DI ABILITAZIONE ALL' USO DEL CARRELLO ELEVATORE INDUSTRIALE SEMOVENTE (Muletto)**

### **A chi è rivolto**

Questo corso è rivolto sia a coloro che già utilizzano un carrello elevatore e che devono conseguire l'abilitazione, ai sensi dell'art. 73 del D.Lgs. 81/08, sia a chi è in cerca di lavoro e vuole aggiungere questa formazione professionalizzante al proprio curriculum.

### **Programma del corso e date**

**17 aprile 2019 orario 8.30-12.30/ 13.30-17.30  
MODULO TEORICO**

**18 aprile 2019 orario 8.00-12.00 I° GRUPPO; 13.00-17.00 II°GRUPPO  
MODULO PRATICO ABILITANTE ALL'USO DEL CARRELLO ELEVATORE INDUSTRIALE SEMOVENTE (Muletto)**

Al termine dell'intervento formativo, previo superamento dell'esame teorico e pratico, verrà rilasciato un attestato di abilitazione dell'operatore ai sensi dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni del 22/02/2012.

### **Costo e modalità di pagamento**

**210,00 euro + IVA –a partecipante che corrisponde a 256,20 euro (IVA inclusa)**



**Carrello elevatore industriale semovente**

### **Sede del corso**

La parte teorica del corso si svolgerà presso la nostra sala formazione in Via Bezzecca n. 6 a Trento. La parte pratica si terrà presso un'area attrezzata a Trento Nord.

Il corso sarà effettuato al raggiungimento del numero minimo di 6 partecipanti.

### **Modalità di iscrizione**

**PER ISCRIVERSI È NECESSARIO:**

→ **COMPILARE, IN STAMPATELLO, DI TUTTI I CAMPI SOTTOSTANTI**

→ **INDICARE SE SI È ISCRITTI AD UN CENTRO PER L'IMPIEGO E SPECIFICARE QUALE**

Il pagamento è anticipato e può essere effettuato:

tramite bonifico bancario: Cassa Rurale di Trento - IBAN: IT42G0830401848000048310401 - Causale: corso carrelli oppure in contanti durante la registrazione in aula all'inizio del corso.

**RISPEDIRE VIA MAIL: [SOFIA.PATRESE@PROSALUTE.NET](mailto:SOFIA.PATRESE@PROSALUTE.NET) oppure [FORMAZIONE@PROSALUTE.NET](mailto:FORMAZIONE@PROSALUTE.NET)**

### **Scheda di iscrizione**

Nome e Cognome:			
Codice fiscale:			
Data di nascita			
Luogo di nascita		Provincia	
Indirizzo			
Cap:	Comune:	Prov:	
Telefono:			
E mail:			
Iscritto/a al centro per l'impiego? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se "SI", indicare quale:		
Possiede la patente di guida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se "SI", indicare la categoria		

### **Referenti**

Dott.ssa Gabriella Donati e-mail: [formazione@prosalute.net](mailto:formazione@prosalute.net) tel. 0461/912765 fax 0461/913793

Dott.ssa Angela Bertoluzza e-mail: [sofia.patrese@prosalute.net](mailto:sofia.patrese@prosalute.net)