

Pergine Valsugana, 17 novembre 2017

 Spett.le
 CLIENTE

Oggetto: CORSO ADDETTI ALL'USO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE DI 3^A CATEGORIA (ANTICADUTA) E LAVORO IN QUOTA

Si comunica che il corso si svolgerà con il seguente calendario:

DATA	DALLE	ALLE	SEDE
lunedì 22 GENNAIO 2018	14.00	- 18.00	presso STUDIO GADLER S.R.L. VIALE DANTE, 300 - PERGINE VALSUGANA (TN)


 Si prega di **TELEFONARE** per PRENOTARE IL POSTO in aula

DURATA	4 ore
RIFERIMENTI NORMATIVI	D. Lgs. 81/2008
A CHI È RIVOLTO	Lavoratori che effettuano attività esposte a rischio di caduta dall'alto che utilizzano sistemi anticaduta (ad esempio imbracature)
REQUISITI	<p>Il partecipante dovrà essere munito dei propri DPI, in dotazione dall'azienda, durante lo svolgimento delle prove pratiche (calzature di sicurezza con puntale anti-schiacciamento e suola antiscivolo, elmetto per la protezione del capo con sottogola e sistema anticaduta)</p> <p>Il datore di lavoro deve <u>inviare</u> allo scrivente la dichiarazione di idoneità alla mansione del partecipante (come da fac-simile allegato)</p> <p>Comprensione della lingua italiana parlata e scritta</p>
COSTO A PARTECIPANTE	SINGOLO PARTECIPANTE: EURO 80,00 +22% IVA DAL SECONDO PARTECIPANTE: EURO 72,00 +22%IVA ENTI PUBBLICI: QUOTA ESENTE DA IVA AI SENSI DELL'ART. 10 C.1 DEL D.P.R. 633/72 E ART 14 C.10 LEGGE 537/93
PAGAMENTO	Si richiede PAGAMENTO ANTICIPATO , <u>previa conferma telefonica della disponibilità di posto in aula</u> , tramite BONIFICO c/o la Cassa Rurale Alta Valsugana IBAN IT80 W 08178 35220 000000073671. A seguito del pagamento sarà emessa regolare fattura.

Ad esaurimento dei posti disponibili in aula, sarà fissata una data successiva per chi non ha potuto partecipare.

Lo Studio Gadler S.r.l. si riserva la facoltà di annullare e posticipare il corso dandone comunicazione agli iscritti in tempo utile.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Studio Gadler S.r.l.



Viale Dante n° 604
38057 Pergine Valpugna (TN)
Tel. 0461/512502 Fax. 0461/509312
www.gadler.it



DICHIARAZIONE D'IDONEITÀ ALLA MANSIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ in qualità di datore di lavoro
dell'azienda/ente denominata/o _____
con sede legale in _____ Via _____

D I C H I A R A

che i seguenti lavoratori:

COGNOME E NOME	COGNOME E NOME

hanno:

idoneità sanitaria del lavoratore

Luogo e data _____

Il dichiarante
