

Pergine Valsugana, 05 marzo 2018

Spett.le
CLIENTE

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

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

DATA	DALLE	ALLE	SEDE
sabato 21 APRILE 2018	08.30	- 12.30	presso STUDIO GADLER S.R.L. VIALE DANTE n. 300 - PERGINE VALSUGANA (TN)
 Si prega di TELEFONARE per PRENOTARE IL POSTO in aula			

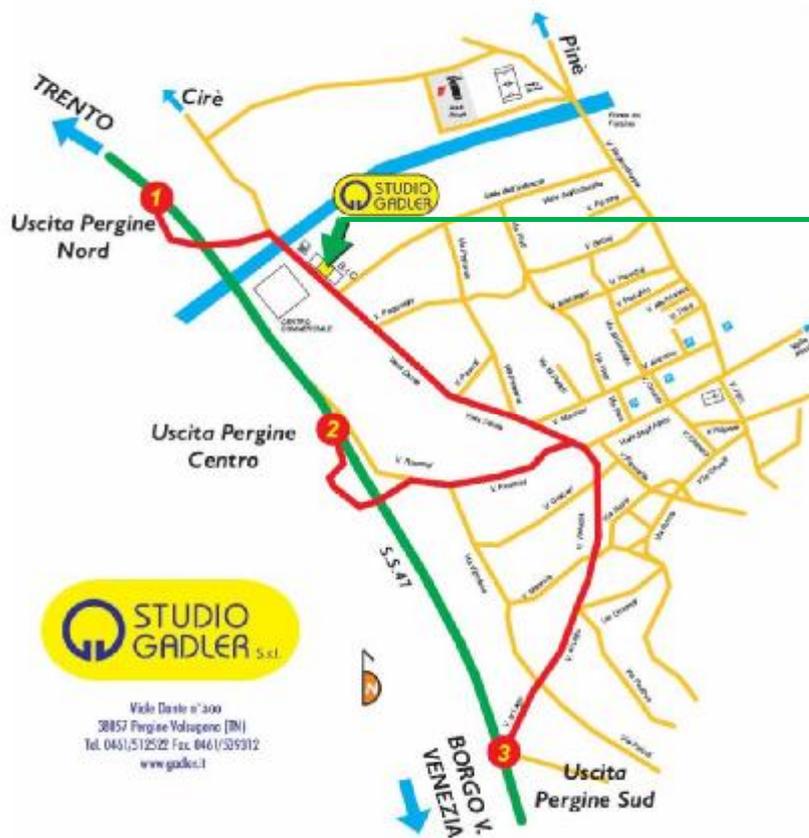
DURATA	4 ore
RIFERIMENTI NORMATIVI	D. Lgs. 81/2008
A CHI È RIVOLTO	Lavoratori che effettuano attività esposte a rischio di caduta dall'alto che utilizzano sistemi anticaduta (ad esempio imbracature)
REQUISITI	<p>Il partecipante dovrà essere munito dei propri DPI, in dotazione dall'azienda, durante lo 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	<p>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</p>
PAGAMENTO	<p>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.</p>

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.



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 _____

DICHIARA

che i seguenti lavoratori:

COGNOME E NOME	COGNOME E NOME

Ü hanno idoneità sanitaria del lavoratore;

Ü conoscono la lingua italiana (lettura, comprensione e comunicazione).

Luogo e data _____

Il dichiarante
