****

## AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

## VIA MAZZINI, 1 -91100 TRAPANI – Cod. Fisc. 02363280815

## U.O.C: Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro “Dott. Gaspare Morsello*”*

### *Via Amm. Staiti, 95 - 91100 Trapani - 🕿 0923/543009 FAX 0923/543045 📫@:* *spresal@asptrapani.it*

# *Progetto Sicilia In…. Sicurezza*

Formazione rivolta al comparto edile

PRG2-SUB1 A - Destinatari: Datori di lavoro

**CORSO DI FORMAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DIRETTO**

**DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEI COMPITI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE**

**DURATA 48 ORE**

(ai sensi del Decreto Regionale della Salute n 1619 del 08/08/2012, dell’art. 34 del Decreto Legislativo n° 81/2008 e

dell’Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2011 n° 223 – Serie Generale n° 8 dell’11/01/2012)

**DATE DEL CORSO: 28-30 SETTEMBRE- 05-07-10-14-17-19-21-24-26-28 OTTOBRE 2015**

Sede: Marsala presso i locali del CNA siti in Via Vito Falco n 6.

Trapani :presso i locali Ance IN Via Mafalda di Savoia n 26

SCHEDA ISCRIZIONE CORSO

**DATI DEL PARTECIPANTE AL CORSO:**

**Cognome/nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_ il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|**

**residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ CAP|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ loc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**tel. abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**tel. \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sede legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_**

**PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Codice fiscale o partita IVA |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Scelta sede Corso :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del partecipante** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196, Le forniamo le seguenti indicazioni:**

1. i dai forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
2. il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
3. il conferimento di dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
4. titolare del trattamento è l’ Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani;
5. responsabile del trattamento è il dirigente dello S.PRE.S.A.L.;
6. in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**