****

## 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*](mailto:spresal@asptrapani.it)

# *Progetto Sicilia In…. Sicurezza*

Formazione rivolta al comparto Agricolo Lavoratori

PRG1-SUB2 C - Destinatari: Lavoratori

**CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI SULLA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO**

**COMPARTO AGRICOLTURA**

(ai sensi del Decreto Regionale della Salute n 1619 del 08/08/2012, dell’art. 37 del Decreto Legislativo n° 81/2008 e

dell’Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2011 n° 221 – Serie Generale n° 8 dell’11/01/2012)

Sede:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore 12

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\_\_\_\_\_\_\_**

**Datore di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**Codice fiscale o partita IVA |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

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

**Firma del Datore di lavoro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

****

## 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*](mailto:spresal@asptrapani.it)

# *Progetto Sicilia In…. Sicurezza*

Formazione rivolta al comparto Agricolo Lavoratori

PRG1-SUB2 C - Destinatari: Lavoratori

**CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI**

(ai sensi del Decreto Regionale della Salute n 1619 del 08/08/2012, dell’art. 37 del Decreto Legislativo n° 81/2008 e

dell’Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2011 n° 221 – Serie Generale n° 8 dell’11/01/2012)

**SCHEDA CONSEGNA MATERIALE DIDATTICO e DPI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto | |  | | |
| **Dichiara**  di aver ricevuto il seguente materiale (didattico, dispense didattiche e casco): | | | | | |
| DATA | | N° | | ELENCO MATERIALE | FIRMA | | |
|  | |  | | CASCO |  | | |
|  | |  | | CARPETTA +PENNA+NOTES |  | | |
| DATA | | N° | | ELENCO DISPENSE | FIRMA | | |
|  | |  | | MATERIALE DIDATTICO SU CD |  | | |

****

## 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*](mailto:spresal@asptrapani.it)

# *Progetto Sicilia In…. Sicurezza*

Formazione rivolta al comparto Agricolo Lavoratori

PRG1-SUB2 C - Destinatari: Lavoratori

**CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI**

(ai sensi del Decreto Regionale della Salute n 1619 del 08/08/2012, dell’art. 37 del Decreto Legislativo n° 81/2008 e

dell’Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2011 n° 221 – Serie Generale n° 8 dell’11/01/2012)

Sede:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore 12

**QUESTIONARIO DI VERIFICA APPRENDIMENTO**

1. Questo test rappresenta la verifica finale e tende a valutare la preparazione acquisita da ciascun discente;
2. Lo scritto si articola in 30 quesiti e per ciascuno di essi dovrà essere fornita una sola risposta;
3. Ogni quesito vale un punto. Un quesito a cui non si risponde o si risponde in maniera errata sarà conteggiato 0 punti;
4. La verifica si intende superata qualora si abbia riportato la sufficienza

**NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Risultato test verifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**