

SCHEDA DI ISCRIZIONE

S.E.FOR.S. V.C.O.

VIA DELL'INFORMATICA 26 – 28924 VERBANIA FONDOTOCE

TEL 0323.497458 - info@seforsvco.it – www.seforsvco.it



SEFORS

SISTEMA
EDILE
FORMAZIONE
SICUREZZA
VCO

Le iscrizioni sono da effettuare via e-mail, posta o allo sportello (9:00-12:30; 14:30-17:00) saranno accettate in ordine di data di ricevimento. SEFORS V.C.O. comunicherà in quale sessione sono stati inseriti gli iscritti. **SCRIVERE A MACCHINA O IN STAMPATELLO**. Qualora vogliate iscrivere più di un dipendente vi preghiamo di compilare un tagliando di iscrizione per ogni persona. **La rinuncia all'edizione in cui il lavoratore è iscritto NON GARANTISCE l'inserimento in edizioni successive.**

IMPORTANTE: COMPILARE IN OGNI SUA PARTE

L'IMPRESA _____

CODICE ATECO 2007 _____ (dato reperibile su Visura Camerale ditta)

P. IVA E CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ C.A.P. _____ (PR) _____

TEL/CELL _____ COD. UNIVOCO FATT.EL. _____

e-mail _____ PEC _____

CLASSE DIMENSIONALE AZIENDALE (tutti coloro che lavorano a tempo pieno nell'impresa, compresi impiegati, proprietari gestori e soci):

1-9 10-14 14-49 50-249 250-499 500 e oltre

POSIZIONE CASSA EDILE DI _____ NUMERO _____

(CAMPO OBBLIGATORIO SOLO SE ISCRITTO IN CASSA EDILE)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL SIG.

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PR) _____ IL _____

RESIDENTE A _____ (PR) _____ C.A.P. _____

VIA/CORSO _____ TEL/CELL _____

COD. FISCALE _____ DATA ASSUNZIONE _____

CITTADINANZA _____ (se cittadino extracomunitario) dichiara di essere in regola con il

permesso di soggiorno, rilasciato dalla questura di _____ in data _____ con scadenza il _____

(N.B. Allegare copia visibile di Permesso di Soggiorno)

TITOLO DI STUDIO _____

RUOLO AZIENDALE

Operaio comune/qualificato Operaio specializzato Titolare Altro: _____

TIPOLOGIA CONTRATTUALE

Contratto a tempo indeterminato Contratto a tempo determinato Contratto di lavoro part-time Altro: _____

CCNL APPLICATO Edile Altro (specificare): _____

	CORSO	N. ore
	CORSO PER POSATORE DI SISTEMI A CAPPOTTO ETICS	8
	ESAME DI CERTIFICAZIONE COMPETENZE (NORMA UNI/TR 11715 e 11716)	8

Il **Datore di Lavoro** dichiara di aver verificato e valutato positivamente l'**idoneità psico-fisico-attitudinale del lavoratore** iscritto al corso per lo svolgimento delle attività previste e di essere consapevole delle sanzioni penali come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000 per le dichiarazioni non veritiere

che conosce la lingua italiana in forma scritta e orale (barrare la casella) **SI** **NO**

che ha esperienza almeno quadriennale nella posa del cappotto (barrare la casella) **SI** **NO**

Timbro e Firma

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi del Regolamento 679/16/UE ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali e alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate sull'informativa nei limiti e per le finalità della Scuola (informativa disponibile sul sito www.seforsvco.it o presso gli uffici di S.E.FOR.S. VCO)

Timbro e Firma

Aggiornato al 22/01/2021 da VDC	Registrato il ____/____/____	Codice corso
Ins. Prof. <input type="checkbox"/>	Pagina 1 di 1	Data con is. ____/____/____