



ENTE BILATERALE COMMERCIO TERZIARIO / PESCARA

CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI (ART. 37 D.LGS 81/08)

In riferimento a quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2011 (pubblicato in G.U. 11 gennaio 2012 n. 8) che disciplina la responsabilità dei datori di lavoro di garantire la formazione ai lavoratori, l'**EBCM Pescara** organizza un corso in materia di salute e sicurezza sul lavoro (Art. 37 D.Lgs. 81/08) per gli operatori del settore Commercio, Terziario, Servizi e Distribuzione.

Il corso, **gratuito e riservato unicamente al personale delle aziende del settore Commercio Terziario Servizi e Distribuzione della provincia di Pescara in regola con il versamento all'EBCM PESCARA**, si svilupperà secondo il seguente programma:

LUNEDÌ 12 MAGGIO 2014

FORMAZIONE GENERALE: (dalle ore 09.00 alle 13.00) comprendente i concetti generali in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro

FORMAZIONE SPECIFICA: (dalle ore 14.00 alle ore 18.00) i contenuti sono individuati in funzione dei rischi riferiti alle mansioni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione propri del settore Commercio e Terziario Servizi e Distribuzione.

LUOGO: Cat Ascom Servizi Pescara, Via A. Moro, 1- 65129 Pescara

DOCENTE: Ing. C.M. Castagnola

Per partecipare ai corsi, compilare ed inviare l'allegato modello di iscrizione via fax o email a:

EBCM PESCARA, via A. Moro, 1 – 65129 PESCARA
tel.: 085.43.08.328 Fax: 085.43.18.782 info@ebcmpescara.it



Modello di iscrizione al corso in materia di:

SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI (ART. 37 D.LGS 81/08)

Spett.le
EBCM PESCARA
VIA A. MORO 1
65129 PESCARA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____
Cittadinanza _____ Sesso M F
Residente a _____ CAP _____ Prov _____
Via _____ N _____ Tel _____
Indirizzo e-mail _____
Codice fiscale _____

DOMICILIO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA:

Domiciliato/a a _____ CAP _____ Prov _____
Via _____ N _____ Tel _____

Dipendente dell'Azienda _____
Località _____ Prov _____ CAP _____
Via _____ N _____
Tel _____ fax _____ e-mail _____

Con la qualifica/mansione di: _____

INTENDE PARTECIPARE AL CORSO DEL 12/05/2014

Luogo e data _____ **Firma** _____

SI ALLEGA COPIA ULTIMO VERSAMENTO CONTRIBUTO EBCM PESCARA

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Luogo e data _____ **Firma** _____