

Denominazione
Azienda / Ente: _____

**CORSI FORMAZIONE SICUREZZA GENERALE
E-LEARNING - LAVORATORI (4 ORE)**

DATI PARTECIPANTI AL CORSO

Compilare per ogni partecipante tutti i dati richiesti:

Nome _____ Cognome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Codice fiscale _____ Nazionalità _____
Profilo professionale _____ **Email corsista (*)** _____
Tipologia corso/i _____ Formazione generale _____

Nome _____ Cognome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Codice fiscale _____ Nazionalità _____
Profilo professionale _____ **Email corsista (*)** _____
Tipologia corso/i _____ Formazione generale _____

Nome _____ Cognome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Codice fiscale _____ Nazionalità _____
Profilo professionale _____ **Email corsista (*)** _____
Tipologia corso/i _____ Formazione generale _____

(*) a questo indirizzo email saranno inviate le credenziali RISERVATE per accedere al corso

R M M

R M

Timbro / Firma _____

R M
Tel. 040 43833 - Cell. 370 3440543
www.synergica.net