

## CORSO DPI VIE RESPIRATORIE

### Uso autorespiratori ad aria (4 ore)

**DESTINATARI:** Il corso è rivolto ai lavoratori che hanno già svolto un corso di formazione di base in materia di sicurezza sul lavoro e che operano in ambienti in carenza di ossigeno o esposti al rischio di intossicazione da polveri, fumo e/o da vapori e gas chimici, e che quindi devono utilizzare idonei DPI di protezione delle vie respiratorie (APVR).

#### DATI PER LA FATTURAZIONE:

Rag. sociale o Cognome Nome se privato \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**REFERENTE:** indicare i riferimenti per l'invio di comunicazioni

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

Tel./Email \_\_\_\_\_

Si richiede emissione di fattura:

fattura ordinaria con IVA vigente (22%) *Se soggetti*

codice destinatario o PEC \_\_\_\_\_

esente IVA split-payment

Pubb. Amm. (indicare CIG, num. protocollo e cod. univoco ente)

Note \_\_\_\_\_

#### CONDIZIONI DI ADESIONE:

- Quota a partecipante comprensivo di attestato e documentazione:

**Corso DPI 3<sup>^</sup>cat. protezione vie respiratorie/Autorespiratori ad aria circuito aperto (4 ore) - 100,00€ + IVA**

Nel caso di iscrizione di più partecipanti di una stessa azienda col presente modulo viene effettuata una riduzione del 10% sul secondo iscritto, del 20% sul terzo iscritto, del 30% sul quarto, del 40% sul quinto e del 50% dal sesto iscritto in poi.

**Pagamento tramite bonifico bancario prima dell'inizio su IBAN IT 18 Z 02008 02216 0000 0061 2139**

- La formazione dei lavoratori e quella dei loro rappresentanti deve avvenire, in collaborazione con gli organismi paritetici, ove presenti nel settore e nel territorio in cui si svolge l'attività del datore di lavoro, durante l'orario di lavoro e non può comportare oneri a carico dei lavoratori (art. 37 comma 12 D.Lgs. 81/08).
- Alla fine di ciascun corso verrà rilasciato, a chi risulti in regola con i pagamenti e con le frequenze richieste (almeno il 90% delle presenze), un attestato di partecipazione. In caso di smarrimento o di distruzione dell'attestato è possibile richiederne una copia al costo di 5 € + IVA
- La società si riserva di non attivare i corsi, qualora non venga raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto per ciascun corso o intervengano cause per le quali può essere compromesso il corretto svolgimento del corso stesso, avvisando i partecipanti iscritti e restituendo le quote versate. Eventuali rinunce non comunicate per iscritto almeno 3 giorni lavorativi prima dell'inizio del corso daranno luogo all'addebito dell'intera quota di iscrizione. La sostituzione del partecipante prima dell'inizio del corso è sempre ammessa.
- Gli iscritti stranieri possono frequentare il corso se sono in grado di comprendere la lingua italiana. Nel caso in cui il partecipante non conosca a sufficienza la lingua italiana sarà necessario tradurre la lezione nella lingua conosciuta dall'allievo. Tale attività è a carico del datore di lavoro, che può avvalersi di personale anche non qualificato come interprete, ma che dovrà partecipare alla lezione e sottoscrivere l'attività di mediazione linguistica nel registro del corso. Segnalare nello spazio note tale esigenza.
- Presentarsi con abbigliamento da lavoro e scarpe antinfortunistiche (che non saranno in nessun caso fornite)
- Si ricorda che il partecipante deve essere in possesso dell'idoneità sanitaria alla mansione specifica, rilasciata dal Medico Competente.

Data \_\_\_\_\_

Timbro / Firma \_\_\_\_\_

Denominazione  
Azienda / Ente:

# CORSO DPI VIE RESPIRATORIE Autoprotettori (4 ore)

## PARTECIPANTI AL CORSO

Indicare per ogni partecipante data/e e sede/i del corso scelto (vedi calendario)

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	Nazionalità _____
Profilo profess. _____	Data/e corso _____ Sede corso _____

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	Nazionalità _____
Profilo profess. _____	Data/e corso _____ Sede corso _____

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	Nazionalità _____
Profilo profess. _____	Data/e corso _____ Sede corso _____

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Codice fiscale _____	Nazionalità _____
Profilo profess. _____	Data/e corso _____ Sede corso _____

*I dati forniti saranno trattati da Synergica Srl secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy (vedi informativa)*

Compilare, firmare e inviare tutte le pagine alla mail:

**formazione@synergica.net**

oppure al fax:

**040 420830**

Timbro / Firma \_\_\_\_\_

**Synergica s.r.l.**

Tel. 040 43833 - Cell. 370 3440543

www.synergica.net