



*Occupational Health and Safety s.r.l.*  
*Servizi per la Medicina del Lavoro*

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)**

**22 – 25 settembre 2009**

Il corso avrà la durata di 32 ore.

Al termine è previsto il rilascio di specifico attestato di formazione.

**Modulo di adesione**

**compilare in stampatello e spedire via fax al numero 0620902212 o via mail all'indirizzo: info@ohs626.it**

La sottoscritta Ditta/Privato .....Attività azienda .....

Via ..... n..... Città.....CAP .....PROV .....

e.mail .....Telefono .....Cellulare ..... fax .....

P.IVA ..... Codice Fiscale della Ditta .....

Persona di riferimento (nome/cognome).....

Sono venuto a conoscenza dei Vostri corsi tramite:

Documentazione postale     Sito internet     Vostra email     Altro .....

**CHIEDE**

l'iscrizione del Sig./dei Sigg. (nome/cognome) - mansione svolta nell'azienda

.....  
.....  
.....

Al corso: **Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)**

**L'iscrizione dovrà essere completata entro 3 gg dalla data del corso mediante pagamento del corrispettivo dovuto di euro 450 + IVA mediante:**

bonifico bancario su Banca di Roma Agenzia 168 c/c 400601798 intestato a O.H.S. srl    ABI: 03002 CAB: 03340  
IBAN:IT59J0300203340000400601798

**Orario dei corsi:** vedi programma allegato

**Sede dei corsi:** Via Montpellier 1 – 00133 Roma

Il sottoscritto acconsente, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196 del 30/06/03, al trattamento dei dati personali.

(timbro e firma leggibile del legale rappresentante).....