



.....cognome e nome

.....nato a

in data

Codice fiscale/P. IVA

Residente a

Via

Cap

Città

telefono cellulare

mail@

SKYPE

ESTREMI RELATIVI ALLA RICEVUTA:

Azienda/ditta/ente

.città

via/cap

n° civico

.....P.IVA/C.F.

referente

<input type="checkbox"/> CORSO DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA COVID-19 di 4 Ore FAD/BLENDED  € 50,00	<input type="checkbox"/> CORSO OPERATORE ANTINCENDIO - RISCHIO BASSO (4 ORE) IN FAD  € 50,00	<input type="checkbox"/> BLS-D ASSISTENTI ISTRUTTORI  € 50,00
<input type="checkbox"/> BLS-D OPERATORE Parte Teorica in FaD e Pratica in presenza € 50,00	<input type="checkbox"/> CORSO BASE ISTRUTTORE-TUTOR DIDATTICO IN BLENDED € 70,00	<input type="checkbox"/> ISTRUTTORI BLS-D RINNOVO  € 50,00
<input type="checkbox"/> BLS-D Liv. Basico 5 ORE  € 50,00	<input type="checkbox"/> CORSO OPERATORE BLS 3 ORE € 50,00	RETRAINING DEFIBRILLATORE BLS-D
<input type="checkbox"/> PRIMO SOCCORSO AZIENDALE (PARTE TEORICA BLENDED)  € 70,00	<input type="checkbox"/> 50 ECM BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION,  € 100,00	<input type="checkbox"/> CORSO PER ALIMENTARISTA (HACCP) – 12 H  € 70,00
<input type="checkbox"/> CORSO BLS – FIRST AID di 7 ore € 70,00	<input type="checkbox"/> AGG. PRIMO SOCC. GRUPPO A di 6 ore € 60,00	<input type="checkbox"/> ISTRUTTORE Antincendio (RISERVATO AI FORMATORI ABILITATI)
<input type="checkbox"/> OPERATORE ANTINCENDIO - RISCHIO MEDIO (8 ORE) PARTE TEORICA di 5 ore € 50,00	<input type="checkbox"/> AGG. PRIMO SOCC. GRUPPO B-C di 4 ore € 40,00	
	<input type="checkbox"/> SAFETY & SECURITY - ISTRUTTORE (RISERVATO AI FORMATORI ABILITATI) €.	<input type="checkbox"/> OPERATORE OSSIGENO EMERGENCY OXYGEN PROVIDER – BLS €.
<input type="checkbox"/> OPERATORE ANTINCENDIO - RISCHIO ALTO (16 ORE) PARTE TEORICA SI 12 ORE € 120,00	<input type="checkbox"/> TUTOR DIDATTICO Piattaforma AssoFAD €.	<input type="checkbox"/> SAFETY E SECURITY & OPERATORE ANTINCENDIO RISCHIO BASSO – OPERATORE €.
	<input type="checkbox"/> SCUOLA "Primo Soccorso a Scuola - First AID" Art. 1, Comma 10, L.107/2015 <input type="checkbox"/> PRIMO SOCCORSO PEDIATRICO €.	

PER INFORMAZIONI: 3397626301

Mail:ing.avanzato55@gmail.com

Il corso viene attivato inviando:

- la scheda compilata con tutti i dati;
- copia del bonifico intestato **QSS EUREKA SICUREZZA** IBAN: **IT95X0200883090000105197597** con nella causale il corso scelto;
- copia documento di riconoscimento valido.

.....
luogo e data

.....
firma del richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL G.D.P.R. in vigore da 25/05/2018:

Autorizzo **QSS EUREKA SICUREZZA** ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna.

.....
luogo e data

.....
FIRMA