

## ANTINCENDIO RISCHIO BASSO

*Ai sensi del D. Lgs 81/08*

➤ **DURATA:**

4 ore totali in giornata unica. *Si prega di presentarsi con 15 minuti di anticipo per la registrazione.*

➤ **SEDI, DATE E ORARI DEL CORSO:**

selezionare con una "X" la sede e la relativa sessione prescelta:

**GRUGLIASCO (TO) - Via G. Perotti, 78**

- 08/11/2011      09.00-13.00
- 14/02/2012      09.00-13.00
- 02/08/2012      09.00-13.00

**CAMBIANO (TO) - Via Nazionale, 71**

- 12/10/2011      09.00-13.00
- 15/05/2012      09.00-13.00
- 20/11/2012      09.00-13.00

➤ **MODALITÀ D'ISCRIZIONE AL CORSO:**

Per accettazione della presente offerta è sufficiente timbrare, firmare e rispedire questa pagina al numero fax 011.0960126.

➤ **DESTINATARI:**

Tutti coloro che devono svolgere la funzione di addetto all'emergenza incendio, presso aziende o enti pubblici.

➤ **DESCRIZIONE MODULO FORMATIVO:**

- ✓ Docenza,
- ✓ Manuale personalizzato,
- ✓ Verbale di presenza,
- ✓ Test di verifica e apprendimento,
- ✓ Attestato di partecipazione.

➤ **DOCENTI:**

Il nostro corpo docenti è altamente qualificato e specializzato nelle materie in oggetto.

➤ **COSTI:**

€ 100,00/persona (iva esclusa)

➤ **PAGAMENTO:**

*Prima dell'inizio del corso (tramite bonifico bancario) o alla prima lezione (tramite assegno bancario)*

*Coordinate bancarie*

*Banca: UniCredit Banca Agenzia n.08329*

*IBAN:IT77Q0200830530000100747036*

➤ **NOTE:**

Cancellazione o rinvio del corso: La Società si riserva la facoltà, nel caso non pervenga un numero minimo di iscrizioni, di cancellare o rinviare l'effettuazione del corso. Ogni variazione sarà tempestivamente segnalata.

Rinunce - Fatturazione: Eventuali rinunce degli iscritti ai corsi possono essere prese in considerazione soltanto se segnalate alla Segreteria, via fax, **almeno 10 giorni lavorativi prima dell'inizio dei corsi stessi**. In caso contrario, verrà fatturata ugualmente la quota partecipazione e sarà mantenuto il diritto dell'iscritto di partecipare all'edizione successiva del corso stesso.

### DATI COMMITTENZA

AZIENDA: - ALLA C.A.:

INDIRIZZO:

N° TEL.:

N° FAX:

E-MAIL:

N° CELL:

N° PERSONE ISCRITTE:

NOMINATIVI PERSONE ISCRITTE:

*Luogo e data:*

*A cura dello Studio R&D srl  
n° offerta:*

*Timbro Aziendale e firma del Legale Rappresentante  
per accettazione della presente offerta*

**S t u d i o R & D S r l**

Sede operativa:

**Cambiano (TO)**  
Via Nazionale,71

Tel: 011.0843054

Fax: 011.0960126

[cambiano@studiordsrl.com](mailto:cambiano@studiordsrl.com)

Sede Legale e operativa:

**Grugliasco (TO)**  
Via Perotti,78

Tel: 011.7806984

Fax: 011.0960126

[grugliasco@studiordsrl.com](mailto:grugliasco@studiordsrl.com)

*p.iva. 10114320012*

Sede operativa:

**Canelli (AT)**  
Via Roma,77

Tel: 0141.0330895

Fax: 0141.019836

[canelli@studiordsrl.com](mailto:canelli@studiordsrl.com)