

**CESAR**

CENTRO SVILUPPO ARTIGIANATO



Via Enrico Fermi 197, 36100 Vicenza – Tel. 0444.960100 Fax 0444.960581 - e-mail: info@cesar.vi.it

CORSO PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO

Date Corso A	Giorni	Orari
19 Febbraio 2009	Giovedì	14.00-18.00
26 Febbraio 2009	Giovedì	14.00-18.00
5 Marzo 2009	Giovedì	14.00-18.00
12 Marzo 2009	Giovedì	14.00-18.00
Per aziende strutturate con più di 5 addetti (totale di 16 ore)		

Date Corsi B/C	Giorni	Orari
19 Febbraio 2009	Giovedì	14.00-18.00
26 Febbraio 2009	Giovedì	14.00-18.00
5 Marzo 2009	Giovedì	14.00-18.00
Per aziende strutturate con meno di 5 addetti (totale di 12 ore)		

SEDE DEL CORSO

CESAR SRL, VIA E. FERMI, 197- VICENZA

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

€ 160,00 + IVA = € 192,00 Per le aziende SOCIE dell'Associazione Artigiani di Vicenza€ 200,00 + IVA = € 240,00 Per le aziende NON SOCIE dell'Associazione Artigiani di Vicenza

GRATUITO

IL CORSO E' COMPLETAMENTE **GRATUITO SOLO PER AZIENDE ISCRITTE A CEAV** (CASSA EDILE ARTIGIANA VENETA - MARGHERA). PER VERIFICARE L'EFFETTIVA ISCRIZIONE E' **NECESSARIO** INDICARE IL CODICE CEAV NELL'APPOSITO SPAZIO A FONDO PAGINA

Pagamento tramite BONIFICO BANCARIO intestato a:
CESAR SRL - BANCA POPOLARE DI VICENZA, Agenzia 13 (VI)
IBAN IT 78 A 05728 11809 113570001900
SPECIFICANDO IL CODICE CORSO "VI 48/2009" E IL NOME DEL PARTECIPANTE

LA PARTENZA DEL CORSO E' LEGATA AL RAGGIUNGIMENTO DI 12 ISCRITTI

La conferma dell'attivazione del corso verrà comunicata telefonicamente.

A tutti i partecipanti in regola con la frequenza verrà rilasciato un attestato, come previsto dal D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008.

SCHEDA DI ISCRIZIONE (DA INVIARE VIA FAX AL N. 0444 960581)

ADESIONE AL CORSO DI PRIMO SOCCORSO - COD. 48/09**DESIDERO PARTECIPARE AL CORSO:** **A** (16 ORE) **B/C** (12 ORE)

PARTECIPANTE	COGNOME E NOME DEL PARTECIPANTE _____
	DATA DI NASCITA _____ LUOGO _____
	COD. FISCALE _____
	QUALIFICA IN AZIENDA: <input type="radio"/> titolare <input type="radio"/> socio <input type="radio"/> collaboratore <input type="radio"/> dipendente
DITTA	RAG. SOCIALE DITTA _____ P. IVA N° _____
	CITTA' _____ VIA _____ n° _____
	TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
	CODICE SOCIO ASS. ARTIGIANI N° _____

 CHIEDO CHE IL CORSO SIA **GRATUITO** IN QUANTO L'AZIENDA E' ISCRITTA CEAV CON COD. _____**FIRMA/TIMBRO** _____