

**CESAR**

CENTRO SVILUPPO ARTIGIANATO



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

# CORSO DI AGGIORNAMENTO PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO

Data Corso A	Giorno	Orario
27 GENNAIO 2009	Martedì	14.00 - 20.00
Per aziende strutturate con <b>più di 5 addetti</b> (totale di <b>6 ore</b> )		

Data Corsi B/C	Giorno	Orario
27 GENNAIO 2009	Martedì	14.00-18.00
Per aziende strutturate con <b>meno di 5 addetti</b> (totale di <b>4 ore</b> )		

## SEDE DEL CORSO

**CESAR SRL, VIA E. FERMI, 197- VICENZA**

## QUOTA DI PARTECIPAZIONE

€ 90,00 + IVA = € 108,00 Per le aziende SOCIE dell'Associazione Artigiani di Vicenza

€ 130,00 + IVA = € 156,00 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 49/2009" 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. 49/09

**DESIDERO PARTECIPARE AL CORSO:**     **A** (6 ORE)     **B/C** (4 ORE)

<b>PARTECIPANTE</b>	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
<b>DITTA</b>	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 \_\_\_\_\_