

Con la presente la ditta committente:

Ragione sociale: _____ soc: _____

Indirizzo: _____ n. _____

C.A.P.: _____ Località _____ Prov.: _____

P. IVA: _____

DATI CORSISTA

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ il: _____

Codice Fiscale: _____;

Conferisce alla Società PUNTOSICUREZZA SRL l'incarico di eseguire i Corsi di Formazione:

- 1) **Corso NGE basso rischio incendio (4 ore)**
- 2) **Corso NGE aggiornamento rischio basso (2 ore)**
- 3) **Corso NGE medio rischio incendio (8 ore)**
- 4) **Corso NGE aggiornamento rischio medio (5 ore)**

N.B. - Barrare il/i corso/i che interessa/no

Per informazioni riguardanti i corsi chiamare i seguenti numeri:

0575.1656872 oppure allo 0575.1484379

Oppure inviate il seguente modulo compilato alla mail:

vendite@puntosicurezzaar.com