

2020/21

Installatori di Sistemi di Isolamento Termico a Cappotto (ETICS)

La scheda di iscrizione dovrà essere compilata in ogni sua parte e inviata all'indirizzo mail:
 info@esem-cpt.it

www.esem-cpt.it

IMPRESA

Iscrizione Cassa Edile di Milano, Lodi, Monza e Brianza n° Associata ANCE SI NO

Ragione Sociale Settore attività

P. IVA

Codice Fiscale impresa (anche se coincide con P. IVA)

Persona di riferimento dell'azienda Cellulare

Indirizzo..... Città..... Prov. C.A.P. Tel.

Fax Email

PARTECIPANTE (spazio da compilare con i dati del corsista)

Codice operaio Cassa Edile di Milano, Lodi, Monza e Brianza n°

Cognome Nome.....

Codice Fiscale Nato il A

Provincia/Stato Estero Cittadinanza

Indirizzo Città C.A.P. Prov.

Email Cellulare

Qualifica professionale e livello contrattuale

Installatori di sistemi di isolamento termico a cappotto (ETICS) - indicare il percorso scelto

<input type="checkbox"/>	PERCORSO A	CORSO POSA CAPPOTTO - 20 ORE	ESAME CERTIFICAZIONE (4 ORE) 4 ANNI DI ESPERIENZA
<input type="checkbox"/>	PERCORSO B	MODULO RIPASSO - 4 ORE	ESAME CERTIFICAZIONE (4 ORE) 4 ANNI DI ESPERIENZA
<input type="checkbox"/>	PERCORSO C	-	ESAME CERTIFICAZIONE (4 ORE) 4 ANNI DI ESPERIENZA

CONDIZIONI DI PAGAMENTO

I PAGAMENTI DEVONO ESSERE EFFETTUATI ESCLUSIVAMENTE TRAMITE **BONIFICO BANCARIO ANTICIPATO**
 INTESTATO A: **ESEM-CPT ENTE UNIFICATO FORMAZIONE E SICUREZZA**
 P.IVA 09009650152 C.F. 97046040156
INTESA SANPAOLO S.p.A. - IBAN: IT45 L030 6909 6061 0000 0151 740
Causale (obbligatoria) riportante: codice corso, nome e cognome partecipante, data inizio corso
Si prega di allegare alla presente scheda di iscrizione una copia della disposizione di bonifico.

TERMINI E CONDIZIONI

Il sottoscritto, in qualità di datore di lavoro dell'impresa, dichiara di avere preso visione delle **Condizioni di Adesione** pubblicati nella scheda del corso sul sito www.esem.cpt.it e di prestare il consenso come segue:

- | | | |
|--|---------------|---|
| a) CONDIZIONI GENERALI | accetto | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| b) REQUISITI PER L'ACCESSO AL CORSO | presa visione | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| c) POSSESSO dell'AUTOCERTIFICAZIONE MEDICA | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| d) PRIVACY_impresa | acconsento | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Data

Timbro e Firma dell'impresa