

## SCHEDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE CORSI

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di titolare/rappr. legale

Azienda agricola: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

CUAA \_\_\_\_\_ UFFICIO ZONA \_\_\_\_\_

**dichiaro essere interessato ai seguenti corsi di formazione :**

CORSO RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	R.S.P.P. 32 ORE ( rischio medio )
	R.S.P.P. RINNOVO DI 10 ORE
CORSO RAPPRESENTATE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA	
	R.L.S. 32 ORE
	R.L.S. RINNOVO DI 4 ORE
CORSO PRIMO SOCCORSO	
	PRIMO SOCCORSO 12 ORE
	RINNOVO DI 4 ORE (TRIENNALE)
	PRIMO SOCCORSO 16 ORE
	RINNOVO DI 6 ORE (TRIENNALE)
CORSO ANTINCENDIO	
	ANTINCENDIO 8 ORE (rischio MEDIO)
	RINNOVO DI 5 ORE (rischio MEDIO)
CORSO DI FORMAZIONE IGIENICO SANITARIA	
	FORMAZIONE IGIENICO SANITARIA 3 ORE
CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI (rischio medio)	
	FORMAZIONE DEI LAVORATORI 12 ORE (FORMAZIONE GENERALE 4 ORE + SPECIFICA 8 ORE)
	RINNOVO DI 6 ORE
CORSO TRATTORE	
	BASE 8 ORE
	RINNOVO DI 4 ORE

<b>CORSO FITOSANITARIO</b>	
	BASE 20 ORE
	RINNOVO DI 12 ORE
<b>CORSO PRONTO SOCCORSO</b>	
	BASE 12 ORE SINO A 5 DIPENDENTI A TENPO INDETERMINATO
	RINNOVO 4 ORE SINO A 5 DIPENDENTI
	BASE 16 ORE OLTRE A 5 DIPENDENTI A TENPO INDETERMINATO
	RINNOVO 4 ORE OLTRE A 6 DIPENDENTI
<b>CORSO HACCP</b>	
	BASE 8 ORE
	RINNOVO DI 4 ORE

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA