

# RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)

DURATA CORSO: **36 ORE**

**IN PRESENZA** – **ON LINE** (LA PARTE PRATICA SARÀ SVOLTA ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA)

Compilare, firmare e inviare a [formazione.sicurezza@cefmectp.it](mailto:formazione.sicurezza@cefmectp.it) – fax **06.4064833**

## DATI IMPRESA

<b>IMPRESA</b>	DENOMINAZIONE IMPRESA	CODICE UNIVOCO FATT. ELETTRONICA			
<b>PERSONA FISICA</b>	NOME	COGNOME			
<b>SEDE</b>	VIA, PIAZZA, ETC...	NUMERO CIVICO			
	CITTÀ	PROV	CAP		
<b>RECAPITI</b>	TELEFONO	CELLULARE	FAX		
	EMAIL				
<b>CODICE FISCALE</b>			<b>PARTITA IVA</b>		

## QUOTA DI PARTECIPAZIONE

(SCHEDA UTENTI NELL'ALLEGATO A)

Impresa **ISCRITTA** alla Cassa Edile di Roma e Provincia  
**Quota gratuita**

Impresa **NON ISCRITTA** alla Cassa Edile di Roma e Provincia e **LIBERI PROFESSIONISTI**  
**€ 370,00 (IVA esente) cad.**

### NUMERO ISCRIZIONE

CON REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA PER IMPRESA E LAVORATORI DESIGNATI  
La quota **non è applicabile** per le Imprese che, seppur iscritte in Cassa Edile di Roma e Provincia, designano lavoratori inquadrati con altro contratto di lavoro.

Impresa **NON ISCRITTA** alla Cassa Edile di Roma e Provincia e **LIBERI PROFESSIONISTI**  
Con **MINIMO 3 designati**  
**€ 333,00 (IVA esente) cad.**

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Pagamento tramite bonifico bancario all'IBAN  
**IT57W0503403205000000161991**

Nella causale indicare **codice corso** e **numero quote** per le quali si effettua il versamento

**Copia bonifico dovrà pervenire al CEFMECTP contestualmente alla lettera di convocazione firmata per accettazione**

1. In caso di rinuncia al corso, la quota versata non sarà rimborsata.
  2. Qualora tale rinuncia pervenga al CEFMECTP due giorni prima dell'avvio del corso, si potrà utilizzare la quota versata per la partecipazione alla successiva edizione della medesima tipologia corso.
  3. Il CEFMECTP si riserva di variare o posticipare date e orari dei corsi.
  4. Le iscrizioni si accettano fino ad esaurimento posti. Qualora il numero minimo di partecipanti non fosse raggiunto, il CEFMECTP si riserva il diritto di annullare il corso, dandone comunicazione ai soggetti già iscritti.
  5. La data di inizio dei corsi, raggiunto il numero minimo di iscrizioni previsto, sarà comunicata via E-mail.
- IL CEFMECTP SI RISERVA DI VERIFICARE QUANTO DICHIARATO ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE**

Si invitano gli interessati a consultare periodicamente il sito web del CEFMECTP di Roma e provincia ([www.cefmectp.it](http://www.cefmectp.it)) per eventuali circolari e/o comunicazioni. Avendo preso visione dell'informativa ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e del Regolamento GDPR EU n. 2016/679 (privacy), interamente riportata sul sito [www.cefmectp.it](http://www.cefmectp.it), autorizzo il CEFMECTP di Roma e provincia al trattamento dei dati.

LUOGO

DATA

TIMBRO E FIRMA

# RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)

## ALLEGATO A - SCHEDA UTENTE

Compilare, firmare e inviare a [formazione.sicurezza@cefmectp.it](mailto:formazione.sicurezza@cefmectp.it) – fax **06.4064833**

1° NOMINATIVO			
<b>DATI ANAGRAFICI</b>	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
	PROV	NAZIONE	
<b>CODICE FISCALE</b>			
<b>RESIDENTE A</b>	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ	PROV	CAP
<b>RECAPITI</b>	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	<b>DATI LAVORATIVI</b>		
TITOLO DI STUDIO			
DATA DI ASSUNZIONE		QUALIFICA	
CONTRATTO DI LAVORO			
Settore edile		Altro (specificare) _____	

2° NOMINATIVO			
<b>DATI ANAGRAFICI</b>	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
	PROV	NAZIONE	
<b>CODICE FISCALE</b>			
<b>RESIDENTE A</b>	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ	PROV	CAP
<b>RECAPITI</b>	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	<b>DATI LAVORATIVI</b>		
TITOLO DI STUDIO			
DATA DI ASSUNZIONE		QUALIFICA	
CONTRATTO DI LAVORO			
Settore edile		Altro (specificare) _____	

\_\_\_\_\_  
LUOGO

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA

# RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)

## ALLEGATO A - SCHEDA UTENTE

Compilare, firmare e inviare a [formazione.sicurezza@cefmectp.it](mailto:formazione.sicurezza@cefmectp.it) – fax **06.4064833**

3° NOMINATIVO			
<b>DATI ANAGRAFICI</b>	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
<b>CODICE FISCALE</b>	PROV		NAZIONE
	VIA, PIAZZA, ETC...		
<b>RESIDENTE A</b>	CITTÀ		NUMERO CIVICO
	TELEFONO		CELLULARE
<b>RECAPITI</b>	EMAIL		
	TITOLO DI STUDIO		
<b>DATI LAVORATIVI</b>	DATA DI ASSUNZIONE		QUALIFICA
	CONTRATTO DI LAVORO		
	Settore edile		Altro (specificare) _____

4° NOMINATIVO			
<b>DATI ANAGRAFICI</b>	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
<b>CODICE FISCALE</b>	PROV		NAZIONE
	VIA, PIAZZA, ETC...		
<b>RESIDENTE A</b>	CITTÀ		NUMERO CIVICO
	TELEFONO		CELLULARE
<b>RECAPITI</b>	EMAIL		
	TITOLO DI STUDIO		
<b>DATI LAVORATIVI</b>	DATA DI ASSUNZIONE		QUALIFICA
	CONTRATTO DI LAVORO		
	Settore edile		Altro (specificare) _____

\_\_\_\_\_  
LUOGO

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA

# RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)

## ALLEGATO A - SCHEDA UTENTE

Compilare, firmare e inviare a [formazione.sicurezza@cefmectp.it](mailto:formazione.sicurezza@cefmectp.it) – fax **06.4064833**

5° NOMINATIVO			
<b>DATI ANAGRAFICI</b>	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
	PROV	NAZIONE	
<b>CODICE FISCALE</b>			
<b>RESIDENTE A</b>	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ	PROV	CAP
<b>RECAPITI</b>	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	<b>DATI LAVORATIVI</b>		
	TITOLO DI STUDIO		
	DATA DI ASSUNZIONE	QUALIFICA	
	CONTRATTO DI LAVORO		
	Settore edile	Altro (specificare) _____	

6° NOMINATIVO			
<b>DATI ANAGRAFICI</b>	NOME		COGNOME
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA
	PROV	NAZIONE	
<b>CODICE FISCALE</b>			
<b>RESIDENTE A</b>	VIA, PIAZZA, ETC...		NUMERO CIVICO
	CITTÀ	PROV	CAP
<b>RECAPITI</b>	TELEFONO	CELLULARE	EMAIL
	<b>DATI LAVORATIVI</b>		
	TITOLO DI STUDIO		
	DATA DI ASSUNZIONE	QUALIFICA	
	CONTRATTO DI LAVORO		
	Settore edile	Altro (specificare) _____	

\_\_\_\_\_  
LUOGO

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA