



“Associazione con Sistema di Gestione della Qualità Certificato”  
Ente di formazione accreditato Reg. Lombardia n.275236/2008-285068  
Provider ECM-CPD Accreditato (Decreto n. 14769 dell'15.10.2019)

## **DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI SICUREZZA D.LGS. 81/08**

**+ Vorrei iscrivermi al seguente corso:**

- Corso Formazione sicurezza Lavoratori – Rischio Alto –16 ore**
- Corso Aggiornamento quinquennale sicurezza Lavoratori – 6 ore**
- Corso Formazione R.L.S. – 32 ore**
- Corso Aggiornamento R.L.S. – 10 ore**
- Corso Formazione R.S.P.P. – 24 ore**

**+ Nome e Cognome \*:**

---

**+ Indirizzo \*:**

---

**+ CAP, Città e Provincia \*:**

---

**+ Codice Fiscale \*:**

---

**+ Email \*:**

---

**+ Telefono \*:**

---

**+ Eventuale Ragione Sociale dello Studio Odontoiatrico di appartenenza:**

---

**+ CAP, Città e Provincia dello Studio Odontoiatrico di appartenenza:**

---

**+ Mansione (Profilo Professionale):**

---

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del contenuto dell'art.76 del D.P.R.445/2000 e s.m.i. e delle eventuali sanzioni a carico delle persone che emettono dichiarazioni mendaci in atti pubblici e/o nelle dichiarazioni rese ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei propri "dati personali", secondo le modalità indicate nell'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016, scaricabile dal sito [www.andicomo.it](http://www.andicomo.it).

Con l'invio della pre-iscrizione si intendono accettate le condizioni di pagamento riportate sull'e-mail accompagnatoria, dedicata al corso in oggetto.

**+ Data e Firma \*:** \_\_\_\_\_