

Spett.le Azienda

Book Informatica in collaborazione con Teknoform S.n.c. Agenzia Formativa Accreditata dalla Regione Toscana organizza presso la nostra aula in Via Boccaccio n°20 Loc. La Fontina 56010 Ghezzano (PI) nelle date di seguito indicate.

## **CORSO DI PRIMO SOCCORSO ED AGGIORNAMENTO**

**Lunedì 06 Giugno 2011**

***Mattina dalle 09.00 alle 13.00 - Pomeriggio dalle 15.00 alle 19.00***

La quota di partecipazione al corso € 250,00 + IVA 20%

La quota di partecipazione al corso di aggiornamento € 155,00 + IVA 20%,

## **CORSO ANTINCENDIO BASSO E MEDIO RISCHIO**

**Lunedì 13 Giugno 2011**

***Mattina dalle 09.00 alle 13.00 - Pomeriggio dalle 15.00 alle 19.00***

La quota di partecipazione al corso basso rischio € 180,00 + IVA 20%

La quota di partecipazione al corso medio rischio € 250,00 + IVA 20%

## **CORSO DI FORMAZIONE RLS / RSPP** **AGGIORNAMENTO ANNUALE RLS**

### **CORSO PER RLS**

***Dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 – 19.00***

- **Venerdì 03 Giugno 2011**
- **Giovedì 09 Giugno 2011**
- **Venerdì 17 Giugno 2011**
- **Venerdì 24 Giugno 2011**

**Agg.to RLS per ditte da 15 a 50 dipendenti**

***Dalle 15.00 alle 19.00***

- **Venerdì 24 Giugno 2011**

### **CORSO PER RSPP**

***Dalle 15.00 alle 19.00***

- **Venerdì 03 Giugno 2011**
- **Giovedì 09 Giugno 2011**
- **Venerdì 17 Giugno 2011**
- **Venerdì 24 Giugno 2011**

**Agg.to RLS per ditte con più di 50 dip.**

***Dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 – 19.00***

- **Venerdì 24 Giugno 2011**

La quota di partecipazione al corso RLS € 400,00 IVA + 20%,

La quota di partecipazione al corso di aggiornamento RLS € 150,00 + IVA 20%,

La quota di partecipazione al corso RSPP € 350,00 + IVA 20%

Agg.to (per ditte da 15 a 50 dipendenti) € 150,00 + IVA 20%

Agg.to (per ditte per ditte con più di 50 dipendenti) € 200,00 + IVA 20%

Le quote di partecipazione **DOVRANNO ESSERE VERSATE PRIMA DEL CORSO TRAMITE BONIFICO BANCARIO, IN CASO CONTRARIO L'ISCRIZIONE VERRA' CONSIDERATA NULLA.**

Preghiamo cortesemente di inviare tramite fax la ricevuta di versamento al numero 0571/1961784, per il quale seguirà fattura quietanzata.

**Agenzia Formativa Teknoform S.n.c.:** Credito Cooperativo di Cambiano – Agenzia di Empoli (FI)  
IBAN: IT38 V 08425 37830 000030397707 indicando come causale "BOOK Informatica – Ediz. Giugno 2011."

**ALLEGHIAMO SCHEDE D'ISCRIZIONE.**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso di Formazione  
**CORSO PER ADDETTI AL PRONTO SOCCORSO**  
Compilare in stampatello (sopra le righe)

Da inviare via fax al n. 0571/1961784 e/o con mail a [info@teknoformsnc.it](mailto:info@teknoformsnc.it)

Denominazione del corso: PRONTO SOCCORSO

Data di inizio

nome e cognome

nato a in data codice fiscale/P.IVA

residente in via

n.c

c.a.p.

telefono fisso titolo di studio

cellulare @-mail

**ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE**

Azienda/Ditta/Ente

Città via n.c

c.a.p.

Telefono fisso fax @-mail

codice fiscale/P.IVA referente

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di €uro. 250,00 + IVA per ogni partecipante.

con bonifico bancario almeno 7 giorni prima l'inizio del Corso a favore di " **Teknoform Snc**"

**IBAN. Banca di credito coop.vo di cambiano Ag. Empoli IT38V0842537830000030397707**

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità di iscrizione e partecipazione.

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO**

luogo e data

firma del richiedente

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo Teknoform Snc ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Ci è noto che potremo esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

luogo e data

firma del richiedente

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso di Formazione

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER ADDETTI AL PRONTO SOCCORSO**

Compilare in stampatello (sopra le righe)

Da inviare via fax al n. 0571/1961784 e/o con mail a [info@teknoformsnc.it](mailto:info@teknoformsnc.it)

Denominazione del corso: AGGIORNAMENTO PRONTO SOCCORSO Data di inizio \_\_\_\_\_

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a in data codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

telefono fisso titolo di studio \_\_\_\_\_

cellulare @-mail \_\_\_\_\_

**ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE**

Azienda/Ditta/Ente \_\_\_\_\_

Città via n.c. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Telefono fisso fax @-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale/P.IVA referente \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di €uro. 155,00 + IVA per ogni partecipante.

con bonifico bancario almeno 7 giorni prima l'inizio del Corso a favore di "Teknoform Snc"

**IBAN. Banca di credito coop.vo di cambiano Ag. Empoli IT38V0842537830000030397707**

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità di iscrizione e partecipazione.

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO**

luogo e data

firma del richiedente

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo Teknoform Snc ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Ci è noto che potremo esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

luogo e data

firma del richiedente

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso di Formazione

**CORSO PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITA' A RISCHIO DI INCENDIO BASSO**

Compilare in stampatello (sopra le righe)

Da inviare via fax al n. 0571/1961784 e/o con mail a [info@teknoformsnc.it](mailto:info@teknoformsnc.it)

Denominazione del corso: ANTINCEDIO BASSO RISCHIO Data di inizio \_\_\_\_\_

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a in data codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

telefono fisso titolo di studio \_\_\_\_\_

cellulare @-mail \_\_\_\_\_

**ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE**

Azienda/Ditta/Ente \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Telefono fisso fax @-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale/P.IVA referente \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di Euro. 180,00 + IVA per ogni partecipante.

con bonifico bancario almeno 7 giorni prima l'inizio del Corso a favore di " **Teknoform Snc**"

**IBAN. Banca di credito coop.vo di cambiano Ag. Empoli IT38V0842537830000030397707**

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità di iscrizione e partecipazione.

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO**

luogo e data

firma del richiedente

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo Teknoform Snc ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Ci è noto che potremo esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

luogo e data

firma del richiedente

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso di Formazione

**CORSO PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITA' A RISCHIO DI INCENDIO MEDIO**

Compilare in stampatello (sopra le righe)

Da inviare via fax al n. 0571/1961784 e/o con mail a [info@teknoformsnc.it](mailto:info@teknoformsnc.it)

Denominazione del corso: ANTINCENDIO MEDIO RISCHIO Data di inizio \_\_\_\_\_

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a in data codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

telefono fisso titolo di studio \_\_\_\_\_

cellulare @-mail \_\_\_\_\_

**ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE**

Azienda/Ditta/Ente \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Telefono fisso fax @-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale/P.IVA referente \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di Euro. 250,00 + IVA per ogni partecipante.

con bonifico bancario almeno 7 giorni prima l'inizio del Corso a favore di "Teknoform Snc"

**IBAN. Banca di credito coop.vo di cambiano Ag. Empoli IT38V0842537830000030397707**

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità di iscrizione e partecipazione.

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO**

luogo e data

firma del richiedente

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo Teknoform Snc ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Ci è noto che potremo esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

luogo e data

firma del richiedente

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso di Formazione

**CORSO PER RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)**

Compilare in stampatello (sopra le righe)

Da inviare via fax al n. 0571/1961784 e/o con mail a [info@teknoformsnc.it](mailto:info@teknoformsnc.it)

Denominazione del corso: RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA Data di inizio \_\_\_\_\_

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a in data codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_

n.c

c.a.p. \_\_\_\_\_

telefono fisso titolo di studio \_\_\_\_\_

cellulare @-mail \_\_\_\_\_

**ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE**

Azienda/Ditta/Ente \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

n.c

c.a.p. \_\_\_\_\_

Telefono fisso fax @-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale/P.IVA referente \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di Euro. 400,00 + IVA per ogni partecipante.

con bonifico bancario almeno 7 giorni prima l'inizio del Corso a favore di " **Teknoform Snc** "

**IBAN. Banca di credito coop.vo di cambiano Ag. Empoli IT38V0842537830000030397707**

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità di iscrizione e partecipazione.

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO**

luogo e data \_\_\_\_\_

firma del richiedente \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo Teknoform Snc ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Ci è noto che potremo esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

luogo e data \_\_\_\_\_

firma del richiedente \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso di Formazione

**CORSO PER RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)**

Compilare in stampatello (sopra le righe)

Da inviare via fax al n. 0571/1961784 e/o con mail a [info@teknoformsnc.it](mailto:info@teknoformsnc.it)

Denominazione del corso:RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREV. E PROTEZIONE Data di inizio

---

nome e cognome

---

nato a in data codice fiscale/P.IVA

---

residente in via

n.c

c.a.p.

---

telefono fisso titolo di studio

---

cellulare @-mail

---

**ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE**

Azienda/Ditta/Ente

---

Città

via

n.c

c.a.p.

---

Telefono fisso fax @-mail

---

codice fiscale/P.IVA referente

---

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di Euro. 350,00 + IVA per ogni partecipante.

con bonifico bancario almeno 7 giorni prima l'inizio del Corso a favore di " **Teknoform Snc**"

**IBAN. Banca di credito coop.vo di cambiano Ag. Empoli IT38V0842537830000030397707**

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità di iscrizione e partecipazione.

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO**

luogo e data

firma del richiedente

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo Teknoform Snc ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Ci è noto che potremo esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

luogo e data

firma del richiedente

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso di Formazione

**CORSO DI AGGIORNAMENTO RLS PER DITTE DA 15 A 50 DIPENDENTI**

Compilare in stampatello (sopra le righe)

Da inviare via fax al n. 0571/1961784 e/o con mail a [info@teknoformsnc.it](mailto:info@teknoformsnc.it)

Denominazione del corso: AGG.TO RLS (DITTE DA 15 A 50 DIPENDENTI) Data di inizio

---

nome e cognome

---

nato a in data codice fiscale/P.IVA

---

residente in via

n.c

c.a.p.

---

telefono fisso titolo di studio

---

cellulare @-mail

---

**ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE**

Azienda/Ditta/Ente

---

Città

via

n.c

c.a.p.

---

Telefono fisso fax @-mail

---

codice fiscale/P.IVA referente

---

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di Euro. 150,00 + IVA per ogni partecipante.

con bonifico bancario almeno 7 giorni prima l'inizio del Corso a favore di " **Teknoform Snc**"

**IBAN. Banca di credito coop.vo di cambiano Ag. Empoli IT38V0842537830000030397707**

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità di iscrizione e partecipazione.

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO**

luogo e data

firma del richiedente

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo Teknoform Snc ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Ci è noto che potremo esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

luogo e data

firma del richiedente

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Corso di Formazione

**CORSO DI AGGIORNAMENTO RLS PER DITTE CON PIU' DI 50 DIPENDENTI**

Compilare in stampatello (sopra le righe)

Da inviare via fax al n. 0571/1961784 e/o con mail a [info@teknoformsnc.it](mailto:info@teknoformsnc.it)

Denominazione del corso: AGG.TO RLS (DITTE CON PIU' DI 50 DIPENDENTI) Data di inizio

nome e cognome

nato a in data codice fiscale/P.IVA

residente in via n.c c.a.p.

telefono fisso titolo di studio

cellulare @-mail

**ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE**

Azienda/Ditta/Ente

Città via n.c c.a.p.

Telefono fisso fax @-mail

codice fiscale/P.IVA referente

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota di Euro. 200,00 + IVA per ogni partecipante.

con bonifico bancario almeno 7 giorni prima l'inizio del Corso a favore di " **Teknoform Snc**"

**IBAN. Banca di credito coop.vo di cambiano Ag. Empoli IT38V0842537830000030397707**

Dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle date del corso e delle modalità di iscrizione e partecipazione.

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO**

luogo e data

firma del richiedente

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo Teknoform Snc ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Ci è noto che potremo esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art.7 della presente normativa.

luogo e data

firma del richiedente