

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____
residente a _____ CAP _____ Via _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
Codice Fiscale _____ Sesso M () F ()
Titolo di studio _____
Cittadinanza () Italiana () Specificare _____
Occupato () SI (indicare sotto il nome dell'azienda) () NO
Numero di iscrizione al registro nazionale delle persone operanti con gas fluorurati nei veicoli a motore presso le camere di commercio:

(se il numero non è disponibile non si preclude la partecipazione al corso ma verrà emesso un attestato di formazione provvisorio)
intende iscriversi al **Corso di Formazione CLI MACERT** secondo le modalità previste nel programma del corso; a tal fine sottopone **richiesta d'iscrizione** per il corso di formazione organizzato da Brain Bee presso:
Sede..... **il**...../...../.....
(se non già definite verranno comunicate entro 30 gg dall'iscrizione)

Il/la sottoscritto/a accetta le condizioni seguenti:

- che la presente domanda verrà accolta da Brain Bee S.p.A. solo al termine dell'analisi della corretta compilazione e della verifica della copertura della quota di partecipazione;
- che l'accettazione della domanda e la partecipazione al corso non garantiscono l'emissione dell'attestato di formazione per la quale il candidato oltre ai prerequisiti deve dimostrare di saper eseguire le prove assegnate;
- che in mancanza del numero di registrazione al registro nazionale delle persone Brain Bee S.p.A. non potrà comunicare all'organismo di valutazione della conformità l'ottenimento dell'attestato;
- che, per le iscrizioni già perfezionate ed annullate negli 8 giorni precedenti l'avvio del corso, la relativa quota di partecipazione non verrà rimborsata;
- che, essendo previste prove pratiche, è necessario un abbigliamento adeguato, con pantalone lungo e scarpe chiuse.

Il/la sottoscritto/a:

- ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, **dichiara** che le informazioni contenute nel presente documento corrispondono a verità;
- ai sensi della Legge n. 196/03, **autorizza** al trattamento dei dati personali per gli adempimenti connessi alla gestione delle attività di formazione e autorizza la loro trasmissione all'organismo di valutazione della conformità Bureau Veritas Italia.

Data _____ Firma _____

I corsi si terranno presso la CNA Provinciale di Treviso, Viale della Repubblica 154 con il seguente orario:

8.30-13.00 / 14.30-18.00. Si prega di indicare con una X il corso scelto:

mercoledì 27 marzo 2013

mercoledì 10 aprile 2013

Il partecipante dovrà presentarsi al Corso con:

- Documento di identità valido (carta d'identità o patente di guida o passaporto)
- Permesso di soggiorno (solo per Extracomunitari)

Mod. P TUF-08-03A ver 0