

**AL COMANDO PROVINCIALE DEI VIGILI DEL FUOCO
PALERMO**

Il sottoscritto		
	Cognome	nome
nella sua qualità di		
della scuola/ditta	qualifica rivestita (dirigente scolastico, titolare, legale rappresentante, amministratore, etc.)	
	tipo di scuola o ragione sociale della ditta, impresa, ente, società	
con sede in		
	via - piazza	n. civico
	Comune	telefono
Indirizzo E-mail richiedente		
	email	

CHIEDE

a codesto Comando Provinciale, di poter effettuare presso la vostra sede una

VISITA DI ISTRUZIONE

in data |_____| |_____| |_____|, dalle ore |_____|

Il sottoscritto dichiara di essere provvisto di copertura assicurativa del personale partecipante per quanto attiene i possibili infortuni durante la visita, sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità.

Data

Firma

Allega alla presente:

Elenco dei partecipanti.