

**MARCA DA
BOLLO € 16,00 o
dichiarazione di
esenzione**

Spett.le Comando Provinciale
Vigili del Fuoco
Via Valleggio, 15
22100 COMO
com.como@cert.vigilfuoco.it

Oggetto: Richiesta di corsi di formazione per lavoratori incaricati di attuare le misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze nei luoghi di lavoro, ai sensi dell'art. 37, comma 9, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 – **DM 02.09.2021.**

Il sottoscritto		
	cognome	nome
legale Rappresentante della Ditta		
con sede in		
	via – piazza	n. civico
	c.a.p.	
	comune	provincia
	telefono	e-mail

richiede che venga effettuato, nel rispetto di quanto previsto dal D.M. 02.09.2021 (allegato III)

☐ un corso di formazione per i lavoratori addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendi e gestione delle emergenze, di tipologia

☐ livello 1-FOR (4 ore)

☐ livello 2-FOR (8 ore)

☐ livello 3-FOR (16 ore)

per complessivi n. ____ lavoratori, elencati con relativi dati anagrafici, sull'allegato file formato.xls predisposto dal Comando.

☐ un corso di aggiornamento per i lavoratori addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendi e gestione delle emergenze, ex D.Lgs. 81/2008, di tipologia

☐ livello 1-AGG (2 ore)

☐ livello 2-AGG (5 ore)

☐ livello 3-AGG (8 ore)

per complessivi n. ____ lavoratori, elencati con relativi dati anagrafici, sull'allegato file formato.xls predisposto dal Comando.

☐ Si chiede di effettuare il **corso in presenza** presso la sede della Ditta

sede per svolgimento della parte teorica				
	via – piazza	n. civico		
	c.a.p.	comune	provincia	telefono

sede per svolgimento della parte pratica				
	via – piazza	n. civico		
	c.a.p.	comune	provincia	telefono

☐ Si chiede di effettuare la **parte teorica in modalità FAD** (formazione a distanza) sincrona, garantendo la presenza di un Tutor dedicato, presso la sede della Ditta

Per gli adempimenti connessi con l'organizzazione e l'espletamento del corso, il Comando contatterà il/la:

Sig./Sig.ra

Cognome e nome	Telefono	e-mail
----------------	----------	--------

Il sottoscritto dichiara altresì che il personale partecipante è coperto da copertura assicurativa, per quanto attiene i possibili infortuni durante l'attività formativa, sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità.

Data _____

(timbro e firma del legale rappresentante)

Allegati: documento identità richiedente
elenco corsisti (formato.xls)