

**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 lavoratori _____ dei quali si allega elenco completo di dati anagrafici

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 lavoratori _____ dei quali si allega elenco completo di dati anagrafici

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

sede per svolgimento del corso:				
	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

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

Si mette a disposizione, oltre alla sede idonea, tutto il materiale necessario per l'attività didattica e per le previste esercitazioni pratiche.

Il responsabile per gli adempimenti di varia natura connessi con l'organizzazione e l'espletamento del corso è

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)