

marca da bollo
€ 16,00

AL COMANDO PROVINCIALE
VIGILI DEL FUOCO
Piazzale G. Carturan, 1
04100 LATINA

Il sottoscritto			
	cognome	nome	
nella sua qualità di			
	qualifica rivestita (titolare, legale rappresentante, amministratore, etc.)		
della ditta			
	ragione sociale ditta, impresa, ente, società		
con sede in			
	via - piazza	n. civico	c.a.p.
comune	provincia	telefono	PEC - e-mail

CHIEDE

a Codesto spett.le Comando Provinciale di voler predisporre per l'accertamento e successivo rilascio dell'attestato di idoneità tecnica per n. _____ lavoratori di cui all'elenco allegato.

Il responsabile per gli adempimenti di varia natura connessi con l'organizzazione e l'espletamento del corso è il Sig./laSig.ra

	cognome e nome	telefono	e-mail

Si allega alla presente:

- originale della ricevuta di versamento dell'importo di € | _____ | determinato sulla base delle tariffe vigenti⁽¹⁾, effettuato

<input type="checkbox"/> con bollettino postale - c/c n. 217042	<input type="checkbox"/> con bonifico bancario - cod. IBAN: IT 57Z 01000 03245 341 0 14 2439 09
---	---

intestato alla TESORERIA PROVINCIALE DELLO STATO - SEZIONE DI LATINA con la causale "PRESTAZIONI RESE DAI VV.F. PER FORMAZIONE ADDETTI DI CUI AL D.LGS. N. 81/08 - CAPO XIV - CAPITOLO 2439/9";

- elenco dei lavoratori di cui si richiede l'attestato di idoneità con l'indicazione di LUOGO E DATA DI NASCITA.
- copia degli attestati di frequenza al corso svolto dai candidati, comprovanti lo svolgimento dei contenuti di cui all'allegato IX del D.M. 10/03/98, rilasciati da⁽²⁾ _____.

Il sottoscritto si impegna a fornire, per il giorno previsto per l'esame, il materiale necessario per l'espletamento delle prove pratiche (n. 1 estintore a CO₂ ogni 2 corsisti e n. 1 bombola da kg. 25 di propano, con attacco a volantino).

Dichiara inoltre di provvedere alla copertura assicurativa del personale partecipante per quanto attiene i possibili infortuni durante l'attività di accertamento, sollevando Codesta Amministrazione da ogni responsabilità.

Data _____

_____ timbro e firma

(1) € 58,00 a persona (versamento in unica soluzione)

(2) se rilasciati da professionisti esterni abilitati, dovranno recare la dichiarazione di conformità agli originali

**COMANDO PROVINCIALE
VIGILI DEL FUOCO
LATINA**

Esatta ragione sociale dell'Ente o Azienda richiedente:

Sede: Via _____ n. _____ città _____ Prov. (_____)

ELENCO DEI PARTECIPANTI ALL'ESAME DI IDONEITA'

tipo di rischio: MEDIO ELEVATO

(indicare con precisione in stampatello i dati relativi ai partecipanti)

N.	Cognome	Nome	Data di nascita	Comune di nascita	prov.	Stato
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						