ENTE BILATERALE AGRICOLO TERRITORIALE DELLE PROVINCIE DI COMO E LECCO (EBAT)

RIMBORSO SPESE FORMAZIONE LAVORATORI

DICHIARAZIONE AVVENUTA FORMAZIONE LAVORATORI

Il/La sottoscritto/a_____
Luogo di nascita _____
Data di nascita_____
Codice fiscale

Indirizzo di residenza _____ n. _____
Comune _____ Cap _____ prov. _____
Tel _____ e-mail _____

IN QUALITÀ DI TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE LEGALE

dell'impresa _____
codice fiscale_____ partita IVA _____
IBAN

DICHIARA

- che viene regolarmente versata la contribuzione relativa al CAC ed all'EBAT art. 18 e 19 del vigente CIPL
- che in data_____ presso la società _____ i seguenti dipendenti:

Cognome	Nome

Cognome	Nome

hanno partecipato al corso di formazione/aggiornamento

1) articolo 37 del D. Lgs. 81/08 e conforme ai contenuti dell'Accordo Stato Regioni n. 221 del 21/12/2011
   ☐ FORMAZIONE GENERALE ☐ FORMAZIONE SPECIFICA ☐ FORMAZIONE PREPOSTO

2) articolo 73 del D. Lgs. 81/08 conformemente a quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni n. 53 del 22/02/2012

☐ TRATTORE ☐ CARRELLO ELEVATORE CON CONDUCENTE A BORDO ☐ MACCHINE MOVIMENTO TERRA
☐ PIATTAFORME DI LAVORO ELEVABILI (cestello) ☐ GRU CARICATRICE IDRAULICA ☐ LAVORI IN QUOTA

Data _____ Timbro e firma _____

N.B. Si allega copia ricevuta avvenuto pagamento e attestato frequenza pena la non ricevibilità della domanda

---

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

Il sottoscritto/a_____acquisite le informazioni, ai sensi del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003, sull'utilizzo dei dati personali,

□ **ACCONSENTE** □ **NON ACCONSENTE**

Al trattamento dei dati personali per le esclusive finalità contenute nel modulo di adesione.

Data _____ Timbro e firma _____

Piazza Camerlata 9 - 22100 COMO - Tel. 031/3390015 Fax 031/592464
e-mail: info@ebatagricolturacomolecco.it