



**ENTE BILATERALE AGRICOLO TERRITORIALE DELLE PROVINCE 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 _____ Istituto bancario _____

DICHIARA

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

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 _____