

Luogo di svolgimento del corso: Viale Lombardia, 210 Brugherio (MB)

In collaborazione con Medicentro Srl Tel 02.95.711.734 –

Fax. 02.95.737.243

Referenti Medicentro: Sig.ra Enza Prudenzano

## MULETTISTA/CARRELLISTA\*\*

### Modello di iscrizione

da compilare in stampatello ed inviare  
tramite scan to mail a [commerciale@medicentrosrl.it](mailto:commerciale@medicentrosrl.it)

CORSO COMPLETO

AGGIORNAMENTO

Dati fatturazione

\*AZIENDA:

\*settore

\*CCNL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cat Ateco

Rischio

Alto

Medio

Basso

(vedi DVR documento di valutazione dei rischi)

\*città

\*provincia:

\*CAP

\*Indirizzo:

\*Referente aziendale:

\*P.IVA:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

\*e-mail azienda / referente aziendale: specificare minuscolo/maiuscolo e segni di separazione come punti o tratti

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

\*telefono:

\* fax:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cellulare:

(preferibile)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nominativi Allievi per cui si chiede l'iscrizione (\*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) campi obbligatori (Data e Luogo di Nascita, C.F.)

(\*\*) Specificare se possibile il tipo di mezzo aziendale per cui si chiede l'abilitazione

Per l'Azienda

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_