

Spazio Riservato all'Ufficio

CPP Mantova

Autorizzata .....

NOTE.....

Spettabile  
**COMITATO PARITETICO PROVINCIALE  
PER LA SICUREZZA E LA SALUTE NEI  
LUOGHI DI LAVORO AGRICOLO**  
Via P. Amedeo 27, Galleria Landucci 2  
46100 Mantova

**OGGETTO: invio comunicazione per richiesta di collaborazione del Comitato Paritetico Provinciale nell'attuazione dei percorsi formativi dei lavoratori in tema di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.**

In conformità a quanto previsto dall'art. 37 comma 12 del D. Lgs. N. 81/2008 e ai sensi dell'Accordo della Conferenza permanente Stato-Regioni del 21 dicembre 2011

**SI RICHIEDE**

la collaborazione del C.P.P. per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro agricolo, nell'attuazione dei corsi di formazione per i lavoratori della ditta:

DATI AZIENDALI	<b>RAGIONE SOCIALE</b>	
	sede legale	
	sede operativa	
	<b>PARTITA IVA</b>	
	<b>CODICE FISCALE</b>	
	<b>CODICE ATTIVITÀ</b> (codice ATECO 2007)	
	Indirizzo di posta elettronica	
	Telefono	
DATI PERSONALI	<b>LEGALE RAPPRESENTANTE</b>	
	professione	
	nato/a	
	residente a	
	<b>CODICE FISCALE legale rappresentante</b>	

Titolo del/i corso/i	
Responsabile del/i corso/i	Nominativo Telefono _____, tel. cell. _____ e-mail _____
Tipologia	<input type="checkbox"/> Corso Base <input type="checkbox"/> Corso Specifico <input type="checkbox"/> Aggiornamento
Livello di rischio dei corsi <input type="checkbox"/> Basso (4 + 4 ore) <input type="checkbox"/> Medio (4 + 8 ore) <input type="checkbox"/> Alto (4+ 12 ore)	Corsi da attivare / Partecipanti previsti (max 35) / Inizio e fine corsi n. corsi n. lavoratori coinvolti dal * al * n. corsi n. lavoratori coinvolti dal * al * n. corsi n. lavoratori coinvolti dal * al * * (gg/mm/aaaa)
n. tot. lavoratori coinvolti nel/i corso/i	n. ore complessive in cui è/sono strutturato/i il/i corso/i
Organizzatore	<input type="checkbox"/> autonomo con docenti provvisti dei requisiti di cui al punto 1 dell'Accordo del 21 dicembre 2011 <input type="checkbox"/> con il tramite della agenzia/società di consulenza/ente di formazione:
Nominativo/i docente/i	
Sede del/i Corso/i	<input type="checkbox"/> si svolgeranno in azienda <input type="checkbox"/> si svolgeranno parte in azienda, parte presso <input type="checkbox"/> si svolgeranno tutte presso
Modalità del/i Corso/i	<input type="checkbox"/> si svolgeranno tutti con la modalità in aula <input type="checkbox"/> si svolgeranno per la parte generale (4ore) con la modalità e-learning fornita da _____ e conforme ai requisiti di cui all'allegato I all'Accordo del 21 dicembre 2011

Materiale didattico utilizzato	<input type="checkbox"/> Pc proiettore per presentazione digitale <input type="checkbox"/> Dispense cartacee <input type="checkbox"/> Questionari di verifica
Consultazione RLS (Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza)	<input type="checkbox"/> nell'organizzazione dei suddetti corsi è stato consultato il R.L.S., ai sensi dell'art. 50, comma 1, lett. d) del D.Lgs. n. 81/08 <input type="checkbox"/> Il R.L.S. NON è presente in azienda

- Doc. in allegato :
- 1. Esperienza e Curriculum Vitae dei docenti (obbligatorio)
  - 2. Programma dettagliato e specifico dei contenuti del/i Corso/i (obbligatorio)
  - 3. Elenco lavoratori partecipanti (facoltativo)
  - 4. Elenco aziende coinvolte (facoltativo)

Timbro e firma del Soggetto richiedente

\_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_  
\* (gg/mm/aaaa)