

Spettabile
 AGRI.BI.
 Ente Bilaterale per
 l'Agricoltura veronese
 Via Sommacampagna, 63 D/E
 37137 Verona (VR)

Oggetto: richiesta di collaborazione nell'attuazione dei percorsi formativi dei lavoratori in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro ai sensi dell'art. 37, comma 12 del D.Lgs. n. 81/2008 e dell'Accordo della Conferenza permanente Stato-Regioni del 21 dicembre 2011.

Si richiede la collaborazione di AGRI.BI. nell'attuazione del corso di formazione per i lavoratori della ditta:

DA TI AZI EN DA LI	RAGIONE SOCIALE																	
	Sede legale	via					cap					città						
	Sede operativa	via					cap					città						
	PARTITA IVA																	
	CODICE FISCALE																	
	CODICE ATTIVITA' (codice ATECO 2007)																	
	Indirizzo di posta elettronica	pec																
	Telefono	Telefax																
DA TI PE RS ON ALI	Legale Rappresentante																	
	Nato/a	a					il (gg/mm/aaa)											
	Residente a	via					cap					città						
	CODICE FISCALE																	
	Indirizzo di posta elettronica																	
	Telefono	cell																

Il corso sarà riferito al seguente livello di rischio:

- o basso: 4 + 4 ore (impiegati, personale impiegato in attività svolta esclusivamente in ufficio)
- o medio: 4 + 8 ore (operatori del comparto agricolo)
- o alto: 4 + 12 ore

Il corso si svolgerà nelle seguenti giornate:

FORMAZIONE GENERALE (non compilare se erogata in e-learning)								
DATA		ORA INIZIO		ORA FINE				
DATA		ORA INIZIO		ORA FINE				
FORMAZIONE SPECIFICA						LIVELLO DI RISCHIO*		
						BASSO	MEDIO	ALTO
DATA		ORA INIZIO		ORA FINE				
DATA		ORA INIZIO		ORA FINE				
DATA		ORA INIZIO		ORA FINE				
DATA		ORA INIZIO		ORA FINE				
DATA		ORA INIZIO		ORA FINE				

*indicare con un una crocetta il livello di rischio

Organizzazione del corso:

- o Il corso è organizzato in modo autonomo con docenti provvisti dei requisiti di cui al punto 1 dell'Accordo del 21 dicembre 2011
- o Tramite agenzia/società di consulenza/ente di formazione
 - Ragione Sociale _____
 - Sede legale _____
 - Tel. _____

SOGGETTO ORGANIZZATORE DEL CORSO			
NOME		COGNOME	
RESPONSABILE DEL PROGETTO FORMATIVO:			
NOME		COGNOME	
DOCENTI			
NOME		COGNOME	
NOME		COGNOME	
NOME		COGNOME	

Il numero dei lavoratori coinvolti nel progetto formativo è di _____ unità.

Il soggetto organizzatore del corso dichiara che i corsi di formazione saranno conformi ai contenuti e alle modalità stabilite dal d.lgs. n. 81/2008, art. 37 e dell'Accordo della Conferenza permanente Stato-Regioni del 21 dicembre 2011.

Il soggetto organizzatore del corso dichiara inoltre che

- o i corsi si svolgeranno in azienda (oppure c/o _____)
- o i corsi si svolgeranno tutti con la modalità in aula
- o i corsi si svolgeranno per la parte generale (4 ore) con la modalità e-learning fornita da _____ e conforme ai requisiti di cui all'allegato I all'Accordo del 21 dicembre 2011
- o 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
- o E' rispettato il numero massimo di 35 lavoratori per corso

Allegati da presentare:

- CV del docente (o dei docenti se più d'uno)
- Programma formativo (argomenti trattati per tipologia di lavoratori)

Il soggetto organizzatore del corso **SI IMPEGNA** a trasmettere ad AGRI.BI. copia del registro di presenza dei partecipanti e relativi attestati entro 30 giorni dalla conclusione del corso (a decorrere dalla data di rilascio degli attestati) in formato pdf all'indirizzo info@agribi.verona.it

Timbro e firma dell'azienda

Data ___/___/___
