

Richiesta di contributo per la formazione di addetti al PRIMO SOCCORSO, ai sensi dell'art. 1 del D.M. 388/2003.

Ragione sociale _____
Sede Legale _____
Sede Operativa _____
Partita IVA/CODICE FISCALE _____
Indirizzo posta elettronica (MAIL) _____
Posta elettronica Certificata (PEC) _____
Telefono _____
Cellulare _____
IBAN _____

Il contributo sarà erogato nell'ambito di un budget specifico prefissato annualmente e compatibilmente con il bilancio complessivo dell'Ente Bilaterale.

Indicare la tipologia di corso per cui si richiede il contributo di AGRIBI.

- Corso Base (12/16 ore)
- Aggiornamento (4/6 ore)

Al fine di ottenere il contributo, l'Azienda dichiara:

- ✓ che i lavoratori sono regolarmente assunti con il Contratto provinciale di lavoro degli operai agricoli e florovivaisti della provincia di Verona
- ✓ di essere in regola con la contribuzione di AGRIBI.
- ✓ di aver effettuato il **calcolo del Salario Variabile** sul portale agribi.verona.it
- ✓ che i corsi di formazione sono conformi a quanto stabilito dal D. Lgs. 81/2008, art. 37 e dall'Accordo della Conferenza permanente Stato-Regioni del 21 dicembre 2011.

e allega la seguente documentazione, entro 30 giorni dal pagamento della fattura:

- o ATTESTATI DEL CORSO EFFETTUATO
- o FATTURA E RELATIVA ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO
- o ALLEGATO PARTECIPANTI

La richiesta dovrà essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica info@agribi.verona.it

Data _____

Firma del TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE _____

Presso il nostro Ente è effettuato il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

1) Titolare del trattamento è Agri.Bi Ente Bilaterale per l'Agricoltura Veronese in persona del Presidente pro tempore, con sede legale in Via Sommacampagna 63 D/E, tel.: 045 8628811 e-mail: privacy@agribi.verona.it. Il titolare del trattamento ha provveduto a nominare il Data Protection Officer (D.P.O.) contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@agribi.verona.it.

Informativa esaustiva relativa alla privacy è reperibile sul sito agribi.verona.it

Allegato partecipanti (primo soccorso)

1) Cognome e nome _____
Nato/a il _____ a _____
C.F. _____

Titolare /Socio/Collaboratore familiare o Coadiuvante (prevista una sola richiesta annuale)
Operaio a tempo determinato Operaio a tempo indeterminato

2) Cognome e nome _____
Nato/a il _____ a _____
C.F. _____

Titolare /Socio/Collaboratore familiare o Coadiuvante (prevista una sola richiesta annuale)
Operaio a tempo determinato Operaio a tempo indeterminato

3) Cognome e nome _____
Nato/a il _____ a _____
C.F. _____

Titolare /Socio/Collaboratore familiare o Coadiuvante (prevista una sola richiesta annuale)
Operaio a tempo determinato Operaio a tempo indeterminato

4) Cognome e nome _____
Nato/a il _____ a _____
C.F. _____

Titolare /Socio/Collaboratore familiare o Coadiuvante (prevista una sola richiesta annuale)
Operaio a tempo determinato Operaio a tempo indeterminato

5) Cognome e nome _____
Nato/a il _____ a _____
C.F. _____

Titolare /Socio/Collaboratore familiare o Coadiuvante (prevista una sola richiesta annuale)
Operaio a tempo determinato Operaio a tempo indeterminato

Il sottoscritto, presa visione dell'Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo UE 679/2016, autorizza l'Ente Bilaterale per l'Agricoltura Veronese AGRIBI. (Titolare del Trattamento e Soggetto al quale potrà far valere i diritti di cui agli Art.15 e seguenti del Regolamento Europeo) al trattamento cartaceo ed informatico dei propri dati personali e sensibili. Il trattamento avverrà per finalità e nei limiti correlati alla richiesta di contributo in oggetto. I dati richiesti, necessari e indispensabili per la valutazione dei requisiti di accesso al diritto al rimborso, saranno comunicati, per le deliberazioni del caso, alle associazioni che compongono il Comitato di Gestione e non saranno oggetto di diffusione.

Data _____ Firma del TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE _____