

Il Sottoscritto/a (Cognome Nome)

Nato a il

C.F.: Residente a

Via

DICHIARA

di essere disponibile a frequentare il corso di formazione:

D.LGS.81/08 DATORI DI LAVORO CHE SVOLGONO DIRETTAMENTE I COMPITI DI RESPONSABILI DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE LIVELLO DI RISCHIO BASSO

come da Disposizioni transitorie previste dagli accordi Stato Regioni del 17.04.2024 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.119 del 24/05/2025

dei giorni **09-14-16-23 APRILE 2026** IN MODALITÀ FAD SINCRONA

E che è in grado di disporre della strumentazione tecnologica, software, hardware e connettività, necessaria per l'utilizzo e gestione della FAD stessa.

In fede

Data

Firma

ATT.NE: allegare documento di identità in corso di validità