# Da compilare ed inviare ENTRO IL 04 SETTEMBRE 2017 a:

# fax: 0541/22260 oppure mail: flavia@cescot-rimini.com

**DATI IDENTIFICATIVI**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Codice Fiscale:**  | **Partita IVA:**  | **Matricola INPS:** |

|  |
| --- |
| **Denominazione e/o ragione sociale:**  |

|  |
| --- |
| **Rappresentante legale:**  |

 **Sede operativa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Città:  | Cap:  | Provincia:  | Via:  |
| Telefono:  | Fax: | E-mail: |

 **Sede legale:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Città:  | Cap:  | Provincia:  | Via:  |
| Telefono:  | Fax: | E-mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice Ateco 2007 *(sei cifre)*: - -/- -/- -** |  **Descrizione dell’attività:**  |

|  |
| --- |
| **Data di adesione a FON.TER** (*data del DM/10/2 ovvero attraverso il nuovo flusso UniEMens* ):***gg/mm/anno*** |

 |

**C.C.N.L. Applicato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Numero totale dei dipendenti in organico:\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia contrattuale dei** **dipendenti inviati ai corsi**

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ Tempo indeterminato |  N° |

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ Tempo determinato / Stagionali (almeno 3 MESI) |  N° |
| ❒ lavoratori in CIG/IGS❒Lavoratori in Mobilità  |  N°  N°  |
| ❒ Apprendisti |  N° |
| **TOTALE** |  **N°** |
|  |  |
|  |  |

 | **Numero donne inviati ai corsi** **N°\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Numero uomini inviati ai corsi** **N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Dipendenti appartenenti a categorie svantaggiate inviati ai corsi**

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ over 50 | N° |

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ disabili | N° |

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ immigrati | N° |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTALE** | **N°** |

 |

*Lavoratori Stagionali (che devono fare il corso in vigenza di contratto), Apprendisti, Temporaneamente Sospesi e Lavoratori in Mobilità, max. 40% del totale dipendenti in formazione*

**SCHEMA CORSI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KIT SCELTO****(BARRARE CON UNA X)** | **PERCORSO KIT** | **TITOLO** | ORE | N. DIPENDENTI DA METTERE IN FORMAZIONE |
|  | **KIT N. 01** | FORMAZIONE PER LAVORATORI PARTE GENERALE | 4 |  |
|  | **KIT N. 02** | FORMAZIONE PER LAVORATORI – SPECIFICA RISCHIO BASSO | 4 |  |
|  | **KIT N. 03** | FORMAZIONE PER LAVORATORI – SPECIFICA RISCHIO MEDIO | 8 |  |
|  | **KIT N. 04** | FORMAZIONE PER LAVORATORI – SPECIFICA RISCHIO ALTO  | 12 |  |
|  | **KIT N. 05** | PRIMO SOCCORSO | 12 |  |
|  | **KIT N. 06** | AGGIORNAMENTO PRIMO SOCCORSO (OGNI 3 ANNI) | 4 |  |
|  | **KIT N. 07** | ANTINCENDIO (BASSO RISCHIO) | 4 |  |
|  | **KIT N. 08** | ANTINCENDIO (MEDIO RISCHIO) | 8 |  |
|  | **KIT N. 09** | ANTINCENDIO (ALTO RISCHIO) | 16 |  |
|  | **KIT N. 10** | AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO ‐ RISCHIO BASSO | 2 |  |
|  | **KIT N. 11** | AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO ‐ RISCHIO MEDIO | 5 |  |
|  | **KIT N. 12** | AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO ‐ RISCHIO ALTO | 8 |  |
|  | **KIT N. 13** | RLS | 32 |  |
|  | **KIT N. 14** | AGGIORNAMENTO RLS (OGNI ANNO) < 50 DIP. | 4 |  |
|  | **KIT N. 15** | AGGIORNAMENTO RLS (OGNI ANNO) > 50 DIP. | 8 |  |
|  | **KIT N. 16** | HACCP  | 12 |  |
|  | **KIT N. 17** | AGGIORNAMENTO HACCP | 6 |  |
|  | **KIT N. 18** | CARELLISTI / MULETTISTI INESPERTI | 12 |  |
|  | **KIT N. 19** | PREPOSTI | 8 |  |
|  | **KIT N. 20** | RISCHIO ELETTRICO (LAVORI SOTTO TENSIONE) PES‐ PAV – PEI ‐ | 16 |  |
|  | **KIT N. 21** | LAVORI IN QUOTA (DA MT 2 DI ALTEZZA) | 4 |  |
|  | **KIT N. 22** | STRESS LAVORO CORRELATO | 8 |  |
|  | **KIT N. 23\*** | FORMAZIONE ASPP CORSO A\* | 28 |  |
|  | **KIT N. 24\*** | FORMAZIONE RSPP‐ CORSO C\* | 24 |  |
|  | **KIT N. 25** | MOVIMENTAZIONE PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO | 8 |  |
|  | **KIT N. 26** | AGGIORNAMENTO LAVORATORI (VALIDO PER TUTTE LE CATEGORIE DI RISCHIO) OGNI 5 ANNI | 6 |  |

\* Per i kit n. 23 e 24 i contenuti sono definiti nella circolare 128 del 07/07/2016

**Ogni dipendente può partecipare al massimo a 2 percorsi**

DA ALLEGARE:

* Copia documento identità del legale rappresentante valido e leggibile
* Cassetto Previdenziale da cui risulti adesione a Fonter (da richiedere al vostro consulente del lavoro)
* Ultimo DM 10 inviato all’INPS (da richiedere al vostro consulente del lavoro)
* D.U.R.C. (Documento Unico di Regolarità Contributiva)