



Dati partecipante

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Mansione svolta			

Indicare il tipo di formazione che interessa:

Sicurezza Generale	
Sicurezza Specifica:	
Rischio Basso	
Rischio Medio	
Rischio Alto	
Aggiornamento	

Dati azienda

RAGIONE SOCIALE			
INDIRIZZO			
C.A. P.		CITTÀ	
TEL		FAX	
E-MAIL			
PARTITA IVA		CODICE FISCALE	
SETTORE ATTIVITA '		CODICE ATECO 2007	

Data _____

Firma partecipante _____

Da inviare **via fax o via e-mail** ad uno dei seguenti riferimenti:



CENTRO STUDI OPERA DON CALABRIA – “ Città del Ragazzo”

V.le Don Giovanni Calabria 13 – 44124 Ferrara

Sandra Sandri / Angelica Gamba Tel. 0532 747907-25 Fax 0532 747921

sandra.sandri@cittadelragazzo.it angelica.gamba@cittadelragazzo.it