

Spett.le
CRP Comitato Regionale Paritetico
presso la Cassa Artigiana dell'Edilizia
 Via Machiavelli 96/D
 09131 – CAGLIARI
 E-mail: prestazioni@caesardegna.it
 TEL 0704525553

RICHIESTA CONTRIBUTO PER CORSI FORMAZIONE

Il sottoscritto _____ titolare/dipendente dell'Impresa
 denominata _____ cod.. C.A.E. _____.

CHIEDE

l'erogazione della quota prevista dal regolamento CAE per la partecipazione al Corsi di
 Formazione di seguito riepilogati:

DENOMINAZIONE CORSO	DURATA CORSO (N. ORE)	ENTE DI FORMAZIONE	DATA INIZIO E TERMINE CORSO	NOMINATIVO PARTECIPANTE (TITOLARE/DIPENDENTE)

DICHIARA

- di aver provveduto alle Comunicazioni previste dall'Accordo Regionale sulla Sicurezza al Comitato Paritetico Regionale (nominativi RSPP, RLS/T, Addetti pronto soccorso ed emergenze, Medico competente, inviato copia Autocertificazione/Valutazione dei Rischi).

Allega alla presente richiesta fattura quietanzata e attestato di partecipazione al corso.

In fede

_____, ___/___/___

 timbro e firma dell'impresa