FormaSicuro Scuola

RICHIESTA PRESTAZIONE PER AZIENDA

Codice riferimento .....

Il sottoscritto

Nome *	
Cognome *	
Nato a *	
il *	
Codice Fiscale *	
Telefono *	
Indirizzo *	
N. *	
Città *	
Cap *	
Prov. *	
E-mail *	
Rappresentante legale dell'Azienda / Titolare / Socio	
Ragione sociale Azienda *	
Indirizzo *	
N. *	
Città *	
Cap *	
Prov. *	
Partita IVA *	
Codice Fiscale Azienda *	
Telefono Azienda *	
Fax Azienda	
E-mail Azienda*	
Pec Azienda*	
Nome Cognome Referente Operativo	
Telefono Referente Operativo	
Email Referente Operativo	

CHIEDE UNA PRESTAZIONE

A FormaSicuro Nazionale - Ente Paritetico e Bilaterale Nazionale per la formazione professionale e la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, Via Cesare Beccaria 16 - 00196 Roma.

COMUNICA

i dati necessari solo per i contributi diretti da parte dell'Ente Paritetico e Bilaterale Nazionale:

Banca *	
Filiale di *	
Codice IBAN *	
Conto intestato a *	

DICHIARA

- Di versare la quota di contribuzione a FormaSicuro nazionale da almeno 6 mesi la data di presentazione della richiesta;
- Di essere regolare nei versamenti;
- Di non aver mai beneficiato del contributo in oggetto per l'anno in corso.

FormaSicuro

ALLEGA

- A
- B

DATA E LUOGO

FIRMA

(i campi con l'asterisco sono obbligatori)