



POSA CAPPOTTO TERMICO

SCHEDA DI RILEVAZIONE ESIGENZA FORMATIVA

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___)

il ___/___/_____, in qualità di: **Titolare** **Amministratore** **Legale Rappresentante**

dell'Impresa _____ con sede a _____ (___)

in Via/Piazza _____ c.a.p. _____ Part. IVA _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

• iscritta presso la Cassa Edile di Frosinone: NO SI con Posizione N° _____

• iscritta ad un Fondo Interprofessionale: NO SI, specificare quale _____

con la presente manifesta l'interesse a far partecipare
il proprio personale dipendente adibito alla posa di sistemi a cappotto
al percorso formativo per

INSTALLATORE DI ISOLAMENTO TERMICO A CAPPOTTO (ETICS)

per l'acquisizione della relativa certificazione delle competenze

secondo la norma UNI 11716:2018

e per le seguenti figure in essa contemplate:

INSTALLATORE BASE, per n° _____ partecipanti

INSTALLATORE CAPOSQUADRA, per n° _____ partecipanti

(accessibile a chi è già in possesso del corso base)

**Si prega di restituire - a mezzo posta elettronica - la presente, compilata in ogni sua parte,
all'ESEF-CPT all'indirizzo: iscrizioni@esefcpt.it ENTRO e NON OLTRE il termine del 12-02-2021**

Con la sottoscrizione della presente si autorizza l'ESEF-CPT al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003 n.196 e del GDPR regolamento UE 2016/679.

_____, ___/___/2021

luogo e data

TIMBRO e FIRMA
