

RICHIESTA E DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE AL CORSO B.I.M.

 / sottoscritto/a:
 Nome e Cognome: _____
 Nat__ a: _____ Provincia: _____ il: ___/___/___
 Residente a: _____ Provincia: _____
 in Via/Piazza: _____ n°: _____
 Codice fiscale: _____

nella sua qualità di Titolare / Rappresentante Legale dell'Impresa / Ente / Professionista:
 Denominazione e/o ragione sociale: _____
 con sede legale a: _____ Provincia: _____
 in Via/Piazza: _____ n°: _____
 Cod. Fisc./Part. IVA: _____ Tel.: _____
 E-mail: _____ Pec: _____

CHIEDE e DICHIARA

di partecipare al Progetto formativo di cui all'elenco sottostante proposto dall'ESEF-CPT

- 1. che l'Impresa / l'Ente / il Professionista intende seguire il/i seguenti percorsi: (contrassegnare la scelta effettuata con una X)**

PERCORSI	X
1.1- Corso sintetico rivolto ai Tecnici della P. A. - durata n° 8 ore	<input type="checkbox"/>
1.2- Corso esteso rivolto ai Tecnici della P. A. - durata n° 40 ore	<input type="checkbox"/>
1.3- Corso rivolto ad Imprese di Settore e/o loro Tecnici per la formazione della figura del BIM Specialist - durata n° 60 ore	<input type="checkbox"/>
1.4- Corso Base "Il BIM attraverso Revit Autodesk" rivolto a Professionisti Tecnici - durata n° 121 ore	<input type="checkbox"/>
1.5- Corso Base "Il BIM attraverso Revit Autodesk" rivolto a Professionisti Tecnici, per la preparazione all'esame Revit Professionale - durata n° 222 ore	<input checked="" type="checkbox"/>

- 2. che l'Azienda / l'Ente / rappresentat__ prevede di coinvolgere:**

2.1 - Numero dipendenti / referenti coinvolti per il percorso formativo di cui al precedente punto 1, n°: _____

- 2.2 Dati riferiti ai dipendenti / referenti indicati a frequentare la relativa attività formativa:**

(ripetere per ogni eventuale o ulteriore dipendente / referente coinvolto)

Nome e Cognome: _____ Titolo di studio: _____
 Nat__ a: _____ Provincia: _____ il: ___/___/___
 Residente a: _____ Provincia: _____ Via/Piazza: _____
 Tel.: _____ - Ruolo ricoperto in Azienda / Ente: _____

Nome e Cognome: _____ Titolo di studio: _____
Nat_ a: _____ Provincia: _____ il: ____/____/_____
Residente a: _____ Provincia: _____ Via/Piazza: _____
Cod. Fisc.: _____ E-mail: _____
Tel.: _____ - Ruolo ricoperto in Azienda / Ente: _____

Nome e Cognome: _____ Titolo di studio: _____
Nat_ a: _____ Provincia: _____ il: ____/____/_____
Residente a: _____ Provincia: _____ Via/Piazza: _____
Cod. Fisc.: _____ E-mail: _____
Tel.: _____ - Ruolo ricoperto in Azienda / Ente: _____

Nome e Cognome: _____ Titolo di studio: _____
Nat_ a: _____ Provincia: _____ il: ____/____/_____
Residente a: _____ Provincia: _____ Via/Piazza: _____
Cod. Fisc.: _____ E-mail: _____
Tel.: _____ - Ruolo ricoperto in Azienda / Ente: _____

Nome e Cognome: _____ Titolo di studio: _____
Nat_ a: _____ Provincia: _____ il: ____/____/_____
Residente a: _____ Provincia: _____ Via/Piazza: _____
Cod. Fisc.: _____ E-mail: _____
Tel.: _____ - Ruolo ricoperto in Azienda / Ente: _____

Nome e Cognome: _____ Titolo di studio: _____
Nat_ a: _____ Provincia: _____ il: ____/____/_____
Residente a: _____ Provincia: _____ Via/Piazza: _____
Cod. Fisc.: _____ E-mail: _____
Tel.: _____ - Ruolo ricoperto in Azienda / Ente: _____

3. Che l'Azienda è:

- iscritta in Cassa Edile di Frosinone: <input type="checkbox"/> SI , con Pos. n° _____ - <input type="checkbox"/> NO
- in possesso di DURC positivo in corso di validità (per le sole Aziende di cui al punto precedente): SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
- Natura Giuridica: <input type="checkbox"/> Impresa individuale e/o familiare
<input type="checkbox"/> Società di persone
<input type="checkbox"/> Società di capitali
<input type="checkbox"/> Cooperativa
<input type="checkbox"/> Consorzio
<input type="checkbox"/> Istituzione sociale privata
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
- Numero totale di dipendenti in azienda, di cui:
n. _____ dirigenti n. _____ impiegati amministrativi
n. _____ impiegati tecnici n. _____ operai
- Settore di attività economica: _____
- Codice ATECO attività prevalente: _____

_____, ____/____/2024
Luogo e data

Timbro e Firma del dichiarante/richiedente