

## **CORSO PER RSPP Datore Di Lavoro per aziende RISCHIO BASSO – MEDIO - ALTO**

### **A chi è rivolto**

Datori di lavoro che svolgono la funzione di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP).

Il corso rispetta quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2011.

### **Obiettivo**

Fornire ai partecipanti gli strumenti professionali necessari per lo svolgimento dei compiti che sono stati loro affidati, nel loro ruolo di Titolare Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, per la gestione del Sistema di Sicurezza Aziendale, implementando e sistematizzando le competenze già in parte acquisite nella propria esperienza lavorativa o scolastica.



### **Durata e frequenza**

Aziende rischio basso	16 ore
Aziende rischio medio	32 ore
Aziende rischio alto	48 ore

### **Attestato finale**

Attestato di Frequenza, previo superamento positivo della verifica di apprendimento e frequenza di almeno il 90% del monte ore

### **Quota di partecipazione**

**Corso 16 ore (aziende rischio basso)** € 220,00 (esente IVA art. 10 dpr 633/72)

**Corso 32 ore (aziende rischio medio)** € 380,00 (esente IVA art. 10 dpr 633/72)

**Corso 48 ore (aziende rischio alto)** € 550,00 (esente IVA art. 10 dpr 633/72)

### **Sede di svolgimento Forlì**

**PER ISCRIZIONI (vedi scheda allegata)** IRECOOP ER sede di Forlì - via E. Dandolo, 16/a - 47121 Forlì tel. 0543/370671 - fax 0543/24282 - e-mail: [pacef@irecoop.it](mailto:pacef@irecoop.it) - sito [www.irecoop.it](http://www.irecoop.it)

**SCHEDA ISCRIZIONE**

**RSPP per Datori di Lavoro aziende rischio Basso – Medio – Alto  
Forlì**

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO  
CROCETTARE IL CORSO CHE INTERESSA

*O Corso di 16 ore*

*O Corso di 32 ore*

*O Corso di 48 ore*

**DATI PARTECIPANTE**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza (Via e comune) \_\_\_\_\_

Tel. + cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

**DATI DELL'AZIENDA PER L'INTESTAZIONE DELLA FATTURA DA PARTE DI IRECOOP**

Società \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita iva \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

(N. B. questo indirizzo e-mail verrà utilizzato per le comunicazioni ufficiali di IRECOOP verso l'impresa)

**Data**

**Firma**

**INVIARE A IRECOOP FORLÌ' AL FAX 0543/24282**

**NB** Il pagamento della quota dovrà avvenire prima dell'inizio del corso quando verrà confermato da IRECOOP l'effettivo inizio delle lezioni, verificata l'esistenza del numero minimo di partecipanti, attraverso una mail che fornisce le modalità di pagamento, il calendario e la sede del corso.