

Oggetto: autocertificazione corsi sicurezza posseduti

Il/La sottoscritto/a

Cognome			
Nome			
Data Nascita		Provincia di Nascita	
Luogo Nascita			
Codice fiscale			
Residenza			
Mail			
Cellulare			

DICHIARA di aver frequentato i seguenti corsi:

Denominazione corso formazione	Durata prevista da normativa	Eseguito	Ore frequentate	Concluso in data
Generale lavoratori	4 ore	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Specifica lavoratori	4 ore – AA 8 ore - docenti e CS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Preposti	8 ore	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Addetto primo soccorso	12 ore	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Uso del defibrillatore		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Addetto antincendio	4 ore - rischio basso 8 ore - rischio medio 16 ore - rischio elevato	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Idoneità tecnica (antincendio)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)	32 ore	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

AGGIORNAMENTO

Si prega di indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni. Si invitano coloro che hanno

frequentato i corsi di aggiornamento per:

- rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- addetto al servizio di prevenzione e protezione;
- responsabile del servizio di prevenzione e protezione;

a elencare e produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni.

Denominazione corso di aggiornamento	Durata prevista da normativa	Eseguito	Ore frequentate	Concluso in data
Lavoratori, preposti e dirigenti	6 ore ogni 5 anni	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Addetto primo soccorso	4 ore ogni 3 anni	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

Data

Firma

Informativa sulla privacy:

si dichiara di aver preso visione dell'[informativa sulla privacy](#) presente nel sito dell'Istituto

Data

Firma
