

Prot.: 27.17

lì, **06.02.2017**

Circolare: 22.17

Oggetto: **Corsi obbligatori di formazione.**

AI TITOLARI DI FARMACIA
DELLA PROVINCIA
L O R O S E D I

Cari colleghi

dopo il grande interesse mostrato in occasione del primo evento dell'anno 2017, l'incontro con il Luogotenente del NAS di Reggio Calabria, Paolo Garreffa, vi presentiamo i nuovi appuntamenti da febbraio ad aprile.

Abbiamo pensato fosse utile per tutti i colleghi che questa Federfarma stipulasse un accordo per dare l'opportunità di svolgere, presso la propria sede, i corsi **obbligatori** per la sicurezza, formazione di base o aggiornamento, in collaborazione con la società **Emmequadro Srl** dell'Ing. Marco Monaca.

✓ **"Formazione dei lavoratori"**

Corso: formazione base e specifica ai sensi degli articoli 36 e 37 comm.2 del D. Lgs. 81/2008 secondo l'accordo stato- regioni del 21/12/2011

Validità: 5 anni

Durata: 8 ore

Quota di iscrizione per partecipante: 20,00 euro + iva

DATA: martedì 28 febbraio e 7 marzo

✓ **"Rappresentante dei lavoratori -RLS"**

Corso: aggiornamento

Validità: 5 anni

Durata: 4 ore

Quota di iscrizione per partecipante: 80,00 euro + iva

DATA: giovedì 30 marzo

✓ **"Datore di lavoro RSPP"**

Corso: base e aggiornamento rischio basso

Validità: 5 anni

Durata: corso base 16 ore

corso di aggiornamento 8 ore

Quota di iscrizione per partecipante: corso base 80,00 euro + iva

corso di aggiornamento 60,00 euro + iva

DATA: corso base sabato 1 e domenica 2 aprile (mattina),

corso di aggiornamento domenica 2 aprile

✓ **"Addetto Antincendio - rischio basso"**

Corso: base e aggiornamento

Validità: 5 anni

Durata: 4 ore

Quota di iscrizione per partecipante: 40,00 euro + iva

DATA: martedì 4 aprile



Si allega il modulo di iscrizione da compilare ed inoltrare ai seguenti indirizzi entro il 15 febbraio:

e-mail marcomonaca@emmequadrosrl.it - fax **0965/923557**

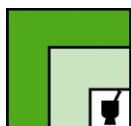
Distinti saluti.

PRESIDENTE

Dr. Squillace Greco Ettore

SEGRETARIO

Dr.ssa Musolino Domenica Claudia



MODULO DI ADESIONE

Cognome e nome del/i partecipante/i
Data e luogo di nascita
Azienda
P.I.
C.F.
Indirizzo
Telefono e FAX
Indirizzo mail
Corso di formazione scelto e mansione svolta in farmacia

Privacy

Con l'invio del presente modulo di adesione acconsento al trattamento dei dati ivi contenuti, secondo il D.lgs n. 196 del 30 giugno 2003.

Annullamento

In caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti (20 persone), la società si riserva la facoltà di annullare il corso e riprogrammarlo in altra data dandone tempestiva comunicazione agli iscritti.

Timbro e Firma _____

Data _____