PARTECIPAZIONE CORSI DI FORMAZIONE SULLA SICUREZZA

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a Prov. (sigla)

Il (giorno/mese/anno) / /

In servizio presso IIS "P. A. FIOCCHI" di Lecco dal (giorno/mese/anno) / /

in qualità di ☐ DOCENTE ☐ A.T.A.

DICHIARA

di aver frequentato i sottoelencati corsi per la sicurezza nei luoghi di lavoro:

Si allegano gli attestati relativi a quanto sopra indicato.

Data / /

Firma