Spett.le C.A.I.C.T.

Viale Fratelli Rosselli 20

50123 Firenze

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………nato/a a…………il………..

e residente in……………………………via…………… comune……………..…presa visione del corso di Formazione Obbligatoria per Utilizzatori Professionali di Prodotti Fitosanitari, corso Riconosciuto dall’UTR di Firenze, Prato e Arezzo, con adozione n 13162 del 13/09/2017 e avente Matricola……………..

accetta le seguenti condizioni:

* Quota di iscrizione al corso € 135,00, da versare contestualmente al momento dell’iscrizione in contanti o assegno bancario, in base alla normativa vigente e dietro rilascio di ricevuta di pagamento, o tramite bonifico intestato a C.A.I.C.T.srl IBAN IT-20-M-03268-02802-052854389560;
* Che la quota da me versata comprende: iscrizione, frequenza, esami e certificazioni finali, materiale didattico per le esercitazioni, copia delle slide dei docenti che verranno distribuiti durante l’intero percorso formativo, tutoraggio, assicurazione contro gli infortuni e rischi civili contro terzi (ove prevista);
* Che il corso ha la durata di 20 ore, e che i contenuti dell’offerta sono suddivisi in 6 Unità formative, ognuna delle quali affronta specifici argomenti: dalla disciplina normativa e giuridica in materie di prodotti tossici, molto tossici e nocivi, ai principali metodi di prevenzione dei rischi, alla tutela sanitaria, etc..;
* Per ottenere il rimborso della quota versata in caso di rinuncia alla frequenza al corso, dovrò dare comunicazione almeno 5 giorni prima tramite lettera raccomandata a/r a CAICT srl Viale Fratelli Rosselli 20 50123 Firenze, oppure inviando un fax al numero 055-3246612. La penale del recesso (assenza di rimborso per mancato rispetto della tempistica di richiesta) non verrà richiesta se è l’Organismo Formativo ad essere in difetto;
* Per essere ammesso alla verifica finale ai sensi della vigente normativa dovrò frequentare almeno il 75% delle ore totali previste dal corso in oggetto;
* Dichiaro infine, di ricevere copia del presente contratto

Il Legale Rappresentante Per Accettazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_