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 perFormazione Obbligatoria per Datori di lavoro che svolgono direttamente i compiti di prevenzione e protezione dai rischi (Rischio Medio). Matricola……………………….

accetta le seguenti condizioni:

* Quota di iscrizione al corso € 350, da versare contestualmente a 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 o tramite bonifico intestato a C.A.I.C.T.srl;
* Che la quota da me versata comprende: iscrizione, frequenza, esami e certificazioni finali, materiale didattico per le esercitazioni, tutoraggio, assicurazione contro gli infortuni e rischi civili contro terzi (ove prevista);
* 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 oppure inviando un fax al numero 055-3246612. La penale del recesso (assenza di rimborso per mancato rispetto della tempistica della 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 90% delle ore totali previste dal corso in oggetto;
* Dichiaro infine, di ricevere copia del presente contratto

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( firma leggibile)