

Con l'Europa investiamo nel vostro futuro

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI VERNOLE, CASTRI, CAPRARICA**  
**Via della Repubblica, s.n.c. - 73029 - Tel. 0832892032 Fax 0832269378**  
**email [LEIC85600E@istruzione.it](mailto:LEIC85600E@istruzione.it) - codice fiscale 93025100756**  
**Posta certificata: [LEIC85600E@pec.istruzione.it](mailto:LEIC85600E@pec.istruzione.it)**  
**Sito web <http://www.istitutocomprensivovernole.it>**



Prot. N° 2330 /C1

Vernole, 31/10/2015

Al personale Docente e ATA

**Oggetto: Dichiarazione formazione in materia di Sicurezza sui luoghi di lavoro.**

Tutto il personale in servizio presso questa Istituzione Scolastica è invitato a dichiarare al Dirigente Scolastico, compilando il Modulo allegato, **di essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti e ai fini dello svolgimento dei seguenti incarichi:**

- Addetto al Servizio di Prevenzione o Protezione ASPP;
- Addetto alla Prevenzione Incendi;
- Addetto al Primo Soccorso.

Il modulo dovrà essere consegnato **entro il 30/11/2015**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**(Prof.ssa Maria DE LORENZO)**

**Al Dirigente Scolastico**  
**Istituto Comprensivo**  
**Vernole – Castrì - Caprarica**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_,  
in servizio nella sede \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_,  
dichiara di aver frequentato (o di non aver frequentato) i seguenti corsi di formazione:

Corso	Formazione	
	Si (indicare l'anno scolastico)	No
<b>Addetto al Servizio di Prevenzione e Protezione ASPP (Modulo A e Modulo B)</b>		
<b>Addetto alla prevenzione incendi</b>		
<b>Addetto al Primo Soccorso</b>		
<b>Formazione Lavoratori ai sensi art. 37 D.Lgs 81/08 e Accordo Stato Regioni 21/12/2011</b>		

Nel caso affermativo, allega alla presente una copia dei seguenti attestati:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Vernole, Li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_