



SCHEDA ADESIONE

Il sottoscritto, nato il
a (prov.....) C.F.....
in qualità di Titolare/Legale Rappresentante della Ditta.....
con sede legale in Via n cap città
P. IVA..... tel E-mail.....
iscritta alla CCIAA di al n. iscrizione REA
Iscritta all'Albo degli autotrasportatori merci c/t al n./..... al REN n.
 Impresa di trasporto persone Impresa trasporto merci c/proprio n.

chiede di essere ammesso alla frequenza del corso di formazione

Edizione 1 - sabato 06 ottobre 2018

dalle ore 08:30 alle ore 12:30 e dalle ore 13:30 alle ore 17:30

Edizione 2 - sabato 13 ottobre 2018

dalle ore 08:30 alle ore 12:30 e dalle ore 13:30 alle ore 17:30

sul buon funzionamento dei **TACHIGRAFI DIGITALI ED ANALOGICI** ai sensi dell'art. 5, comma 3, del Decreto Dirigenziale n. 215 del 12/12/2016 e circolare esplicativa del 13/02/2017. I corsi, autorizzati dal Ministero dei Trasporti, della durata complessiva di 8 ore, si terrà c/o CNA di Pesaro, via Mameli, 90 - Pesaro (PU)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

di versare la **quota di partecipazione al corso** pari a €(...../00),
non restituibile in caso di rinuncia, tramite pagamento in contanti presso le sedi territoriali della CNA e di FORM.ART. Marche o tramite bonifico bancario intestato a: FORM.ART. Marche, indicando Cognome e Nome e le seguenti coordinate bancarie: **UBI BANCA SPA filiale di ANCONA CENTRO IBAN: IT21U031110268400000019022 - CAUSALE: " CORSO CRONOTACHIGRAFO"**

La quota è da corrispondere entro e non oltre **l'inizio del corso** (inviare copia della contabile a: pesaro@formartmarche.it all'attenzione di Laura).

Per ulteriori informazioni telefonare ai numeri telefonici: 0721/426122 – 0721/426124 – 345/9596283.

Il presente modulo dovrà essere inviato per posta elettronica a: pesaro@formartmarche.it

Data..... Timbro e Firma

ALLEGATO 1

Elenco degli iscritti al corso con allegata copia documento di identità

Cognome e nome nato a.....
(prov.....), il C.F.....
residente a, Via n
cap città tel Email.....
in qualità di: dipendente titolare socio coadiuvante

Cognome e nome nato a.....
(prov.....), il C.F.....
residente a, Via n
cap città tel Email.....
in qualità di: dipendente titolare socio coadiuvante

Cognome e nome nato a.....
(prov.....), il C.F.....
residente a, Via n
cap città tel Email.....
in qualità di: dipendente titolare socio coadiuvante

Cognome e nome nato a.....
(prov.....), il C.F.....
residente a, Via n
cap città tel Email.....
in qualità di: dipendente titolare socio coadiuvante

Costi del corso

Aziende Associate CNA

€ 60,00 A PARTECIPANTE

PER LE AZIENDE CON PIU' DI 3 PARTECIPANTI VERRA' APPLICATO UNO SCONTO DEL 20%

Aziende non Associate CNA

€ 120,00 A PARTECIPANTE

PER LE AZIENDE CON PIU' DI 3 PARTECIPANTI VERRA' APPLICATO UNO SCONTO DEL 20%

Aziende mono veicolari Associate CNA

€ 30,00

Aziende mono veicolari non Associate CNA

€ 60,00

Gli importi sono da considerarsi esenti IVA DPR 633/72 e s.m.i.