SERVIZI EBAV

ANTINCENDIO
PRIMO SOCCORSO - DEFIBRILLATORI

v. 5.6 del 04/11/19 Modulo A55

RISERVATO SPORTELLO

09/04/2024

Prot. Domanda | Data Domanda

Sportello Gestione | Creazione Modulo

La domanda di contributo **va consegnata** agli Sportelli Ebav presso le OO.AA.

CNA

Contributo erogato previa verifica di:
- Requisiti previsti in Scheda Servizio
- Regolarità contributiva richiedente
- Disponibilità Risorse/Fondi dedicati al Servizio

RICHIESTA DI CONTRIBUTO - DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Richiesta di contributo del sottoscritto:

Cognome | Nome | ☐ titolare ☐ legale rap.te dell'azienda:

Codice Fiscale/Partita Iva | Ragione Sociale | Telefono Aziendale

Indirizzo | C.A.P. | Comune | Provincia

Contratto Artigiano | Matricola INPS

Contatti tramite cui ricevere notifiche/informazioni:

☐ sms ☐ e-mail

Contatti tramite cui ricevere documentazione/certificazioni:

☐ PEC ☐ Posta ordinaria

COORDINATE BANCARIE AZIENDA RICHIEDENTE PER ACCREDITO SU C/C

Codice IBAN

Codice Nazione	CIN Internazionale	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente

DICHIARAZIONI PER SPESE/EVENTI ANNO ____

☐ **A) Corsi di ADDESTRAMENTO / AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO**

Importo spesa (al netto di IVA) _____ Data ultima fattura _____

☐ **B) Corsi di ADDESTRAMENTO / AGGIORNAMENTO per il PRIMO SOCCORSO**

Importo spesa (al netto di IVA) _____ Data ultima fattura _____

☐ **C) Corsi di ADDESTRAMENTO / AGGIORNAMENTO per l'uso di DEFRIBRILLATORI** (addestramento teorico pratico alle manovre BLS-D)

I corsi dovranno essere svolti esclusivamente da Soggetti/Centri di formazine accreditati in materia dalle singole regioni secondo specifici criteri, e svolti in conformità alle Linee Guida nazionali del 2003 e s.m.i.

Importo spesa (al netto di IVA) _____ Data ultima fattura _____

Spuntare una sola tipologia per domanda

- SONO ESCLUSE TUTTE LE ATTIVITÀ FORMATIVE ON-LINE

DOCUMENTI OBBLIGATORI PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

A) B)
- Copia fatture
- Copia attestato di frequenza

C)
- Copia fatture relative ai costi dei soli partecipanti risultati idonei
- Copia attestato BLS-D del singolo partecipante risultato idoneo
- Copia dell'accreditamento presso la Regione del soggetto/centro di formazione abilitato alla formazione

Gradimento EBAV

DATA: _____ FIRMA TITOLARE E/O RAPPRESENTANTE LEGALE : _____