

marca da
bollo

Al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco

NUORO

Il sottoscritto PORCU		MARIA GIOVANNA	
COGNOME		NOME	
nato a MACOMER	NU	il 29/03/1966	
L.UOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
domiciliato in LOCALITA' VILLAGGIOTURAS	S.N.C.	08010	MAGOMADAS
VIA - PIAZZA		C.A.P.	
ORISTANO	0783 317836	C.F.	
PROVINCIA	TELEFONO	CODICE FISCALE DELLA PERSONA FISICA	
nella sua qualità di datore di lavoro COMMISSARIO STRAORDINARIO			
QUALIFICA RIVESTITA (titolare, legale rappresentante, amministratore, etc.)			
della AZIENDA SANITARIA LOCALE DI ORISTANO	RAGIONE SOCIALE (ditta, impresa, ente, società, ...)		
con sede legale in VIA CARDUCCI	35		
VIA - PIAZZA		n° CIVICO	
09170	ORISTANO	OR	0783 3171
C.A.P.	COMUNE	PROVINCIA	TELEFONO

nell'ambito del programma di formazione dei propri lavoratori sulla sicurezza e salute sul lavoro

RICHIEDE L'INTERVENTO DI FORMAZIONE

per i propri lavoratori incaricati di svolgere, ai sensi del D. Lgvo 81/2008, le mansioni di addetto alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze.

Con riferimento agli elenchi allegati al Decreto Interministeriale 10 marzo 1998, dei quali ha preso visione, **dichiara** che l'attività, per la quale è richiesto l'intervento di formazione, risulta compresa tra quelle individuate a :



BARRARE LA CASELLA INTERESSATA

rischio di tipo

A	BASSO	4 h (2 h Teoria e 2 h Pratica)
B	MEDIO	8 h (5 h Teoria e 3 h Pratica)
<input checked="" type="checkbox"/>	ALTO	16 h (12 h Teoria e 4 h Pratica)

e che la stessa viene esercitata nella struttura aziendale sita in

VIA GIOVANNI ANTONIMO PISCHEDDA - P.O. MASTINO BOSA			
VIA - PIAZZA		n° CIVICO	
8013	BOSA	OR	0785 225100
C.A.P.	COMUNE	PROVINCIA	TELEFONO

I lavoratori per i quali viene richiesto il corso di formazione sono in numero di **52** (massimo 26)e per essi - di seguito - si indica l'elenco nominativo, riportante **luogo** e **data di nascita** di tutti i partecipanti.Quale **responsabile** dell'organizzazione ed espletamento del corso è stato delegato il Signor :

MEDDA ALESSANDRO	392 9142880
COGNOME E NOME	TELEFONO

che all'interno della struttura aziendale riveste il ruolo di **RESPONSABILE TECNICO DELLA SICUREZZA ANTINCENDIO**

procedimento n° _____	<i>Spazio riservato al Comando Provinciale</i>	All'Ufficio Prevenzione Incendi :
		<u>LEGGE 241/90 e D.M. 28/4/93</u>
		IL RESPONSABILE INCARICATO _____ IL COMANDANTE _____ Nuoro, _____

RICHIESTA DI INTERVENTO DI FORMAZIONE

nei casi di esenzione dall'applicazione del bollo, indicare gli estremi di motivazione

Si fa presente che tale attività, censita presso codesto Comando con il **numero di pratica**

è ricompresa tra :



BARRARE LA CASELLA INTERESSATA



industrie e depositi di cui all'art. 4 e 6 del D.P.R. 175/88



attività indicata nell'elenco di cui alle tabelle A e B del D.P.R. 689/59 al punto



attività indicata nell'elenco allegato al D.P.R. 151/2011 al punto

6

8



non risulta soggetta ai controlli dei Vigili del Fuoco



altro (SPECIFICARE)

L'attività formativa viene richiesta ( BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)



in struttura propria (compilare il QUADRO A in fine modello)



in struttura dei Vigili del Fuoco che sarà indicata da codesto Comando

Si richiede altresì la trattazione dei seguenti argomenti integrativi:

1	
2	
3	
4	
5	

Si **dichiara** che il personale partecipante al corso risulta coperto da assicurazione per quanto attiene i possibili infortuni durante l'attività formativa e si esonera l'Amministrazione del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco da ogni responsabilità.

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 8 marzo 2006 n° 139, allega la ricevuta comprovante l'avvenuto versamento sul C/C postale **n° 7088** e/o
tramite Coordinate IBAN della Banca d'Italia –
Codice Iban **IT12P0760117300000000007088**

€

a favore della "TESORERIA PROVINCIALE DELLO STATO - SEZ. DI NUORO" riportante in causale
"PRESTAZIONI RESE DAI VV.F. PER FORMAZIONE ADDETTI DI CUI ALL'ART.18,
COMMA 1 LETTERA B DEL D. Lgvo 81/2008 - CAPO XIV - CAPITOLO 2439/9".

ORISTANO, 11/11/2016
DATA



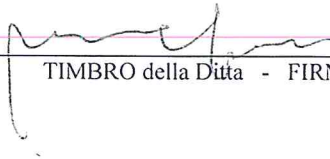
per l'ENTE RICHIEDENTE
Il responsabile legale

TIMBRO della Ditta - FIRMA

ELENCO dei PARTECIPANTI

	COGNOME e NOME	LUOGO di nascita	prov	DATA di nascita
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

per l'ENTE RICHIEDENTE
Il responsabile legale


TIMBRO della Ditta - FIRMA

QUADRO A

Si precisa che il corso potrà svolgersi presso idonea struttura messa a disposizione da questa azienda in

VIA - PIAZZA - NUMERO CIVICO

COMUNE

che è dotata di adeguati supporti didattici quali:

- ☐ lavagna luminosa
- ☐ lavagna a fogli mobili
- ☐ diaproiettore
- ☐ ALTRO (specificare)

Nel caso in cui il corso si svolga presso una sede messa a disposizione dal richiedente, lo stesso dovrà assicurare l'organizzazione logistica del corso, predisponendo una idonea struttura e area attrezzata, nonché il necessario materiale di supporto per le lezioni teoriche (lavagna luminosa e lavagna a fogli mobili).

In entrambi i casi il datore di lavoro per le prove pratiche dovrà predisporre il seguente materiale di consumo che è a totale carico dello stesso:

1. un estintore a polvere (kg 6 Classe A-B-C) *per ciascun partecipante*
2. n° 4 estintori a CO₂ *per gruppo di 13 unità*
3. n°2 bombole di g.p.l. da 15 kg *per gruppo di 13 unità*

per l'ENTE RICHIEDENTE
Il responsabile legale


TIMBRO della Ditta - FIRMA

INFORMATIVA sulla TRATTAZIONE DEI DATI PERSONALI

resa ai sensi dell'art. 10 della Legge 31 dicembre 1996 n° 675

Si informa che i dati personali forniti nella presente istanza saranno trattati da questo Comando Prov.le VV.F. di Nuoro e si precisa che:

1. I dati sono raccolti e detenuti in base agli obblighi di legge previsti per la produzione della presente istanza e faranno parte di un archivio finalizzato esclusivamente alla gestione ottimale del Servizio di Accesso agli atti di questo Comando.
2. Il conferimento dei dati da parte dell'interessato è obbligatorio.
3. La mancanza di tutti o parte dei dati personali non consente il proseguimento del procedimento amministrativo e pertanto l'istanza non potrà avere corso.
4. I dati personali saranno trattati in ordine alle possibili conseguenti comunicazioni ad Enti pubblici e/o privati direttamente interessati al procedimento, qualora esigenze di diversa natura rendessero ciò strettamente necessario e nei limiti previsti dalle norme vigenti.
5. L'interessato potrà avvalersi dei diritti di cui all'art. 13 della Legge 31.12.1996 n° 675.
6. Il titolare del trattamento dei dati è il Comandante Prov.le Pro-Tempore, domiciliato a tal fine presso questo Comando.
7. Il responsabile del trattamento è il Funzionario responsabile del Servizio Prevenzione Incendi, domiciliato a tal fine presso questo Comando.

In: "sent"

alessandro medda

Re: Richiesta e

Fwd: RICHIESTA

Chiudi

Rispondi

Rispondi a tutti

Inoltra

Elimina

Spam

Azioni

Fwd: RICHIESTA DI INTERVENTO DI FORMAZIONE

Da: [alessandro medda](#)

A: [antonio massidda](#) [marialetria coi](#)

[doc00379920161114111023.pdf \(884,9 KB\)](#) [Scarica](#) | [Valigetta](#) | [Rimuovi](#)

Buongiorno,

come da accordi telefonici vi inoltro la richiesta a firma del Commissario Straordinaria della ASL di Oristano, Dott.ssa Maria Giovanna Porcu, per la formazione di n. 52 lavoratori del P.O. Mastino di Bosa (Rischio alto - 16h).

In attesa di riscontro, resto a disposizione per chiarimenti e porgo cordiali saluti.

Dott. Alessandro Medda
Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio
ASL 5 Oristano - Servizio Prevenzione e Protezione
Via Carducci n. 35 - piano 1°
tel. 0783 317077 - cell. 3923142830 - 348 8046471 - fax 0783 317896
Email: alessandro.medda@asloristano.it