

Al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco

NUORO

Il sottoscritto **PORCU** **MARIA GIOVANNA**
COGNOME NOME
 nato a **MACOMER** **NU** il **29/03/1966**
LUOGO DI NASCITA PROVINCIA DATA DI NASCITA
 domiciliato in **LOCALITA' VILLAGGIOTURAS** **S.N.C.** **08010** **MAGOMADAS**
VIA - PIAZZA n° CIVICO C.A.P. COMUNE
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

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

e che la stessa viene esercita nella struttura aziendale sita in

VIA GIOVANNI ANTONIMO PISCHEDDA - P.O. MASTINO BOS
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**

RICHIESTA DI INTERVENTO DI FORMAZIONE
nei casi di esenzione dall'applicazione del bollo, indicare gli estremi di motivazione

procedimento n°	Spazio riservato al Comando Provinciale	All'Ufficio Prevenzione Incendi :
		<p><u>LEGGE 241/90 e D.M. 28/4/93</u></p> <p>IL RESPONSABILE INCARICATO _____</p> <p style="text-align: right;">IL COMANDANTE</p> <p>Nuoro, _____</p>

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

Email Contatti Agenda Impegni Valigetta Preferenze Re: Richiesta e Richiesta di ve Sollecito verif Re: Richiesta e Fwd: RICHIESTA

Chitidi Rispondi Rispondi a tutti Inoltra Elimina Spam Azioni

Fwd: RICHIESTA DI INTERVENTO DI FORMAZIONEDa: [alessandro medda](#)A: [antonio massidda](#) [marialtria 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. 3929142880 - 348 8046471 - fax 0783 317896
 Email: alessandro.medda@asloristano.it