

Questionario statistico informativo

Corso di Primo Soccorso D.Lgs 81/2008

Data del Corso _____

Sede _____

- Corso completo 16 ore
 Corso completo 12 ore
 Aggiornamento 6 ore
 Aggiornamento 4 ore

Cognome e nome _____

Data di nascita ____/____/____

Luogo _____

Titolo di studio Elementari Medie Superiori Laurea

Denominazione dell'Azienda _____

Tipologia (bar, ristorante, negozio, edilizia, ecc) _____

Qualifica Operaio Impiegato Tecnico Commesso
 Dirigente Socio Titolare

Numero di addetti (titolare + dipendenti + soci) _____

Indirizzo email _____

Ha frequentato altri corsi di Primo Soccorso ? SI NO

Svolge attività di addetto al Pronto Soccorso aziendale? SI NO

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei suoi dati personali da parte dell'Associazione per scopi puramente statistici e interni all'Associazione stessa. Acconsente inoltre, qualora vengano effettuate foto o riprese filmate durante il corso, che l'Associazione possa utilizzare tale materiale per scopi didattici e pubblicitari.

Firma _____