

**CORSO PER RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE:
MODULO C****dal 21/06/2007 al 05/07/2007**

sede: c/o presso La Società SIVE Formazione al Parco Scientifico Tecnologico in Via delle Industrie 19, entrata VEGA 1 a Marghera
costo Euro 280,00 + IVA (€ . 336,00)

Condizioni generali di adesione:

- ♦ l'iscrizione deve pervenire all'Ordine degli Ingegneri a mezzo **fax entro 07/06/2007**;
- ♦ L'Ordine degli Ingegneri si riserva la facoltà di annullare o modificare il programma dandone comunicazione agli iscritti;
- ♦ alla fine del corso verrà rilasciato, a chi in regola con le frequenze richieste, attestato di partecipazione;
- ♦ nel caso le adesioni superassero il numero massimo stabilito si darà la precedenza secondo l'ordine cronologico di arrivo delle schede di adesione complete di pagamento.

Modalità di pagamento:

- ♦ la quota di partecipazione va versata all'atto dell'iscrizione e va inviata copia della ricevuta del pagamento con il fax di iscrizione; seguirà fattura intestata come da indicazioni;
- ♦ il pagamento potrà essere effettuato a mezzo bonifico su **c/c bancario 000040650697 UNICREDIT BANCA - CAB 02010 - ABI 02008 CIN Q** oppure su **ccp 10214302** entrambi intestati all'Ordine degli Ingegneri di Venezia.

Informazioni più dettagliate possono essere richieste alla Segreteria anche via fax o e-mail (tel.: 0415289114 – fax: 0415228902 – e-mail: ordine@ordineingegneri.ve.it). *I programmi completi dei moduli sono disponibili nel sito internet www.ordineingegneri.ve.it*

MODULO DI ISCRIZIONE**da inviare via fax al n. 041.5228902 entro 07/06/2007 allegando la ricevuta del versamento a saldo**

Nome Partecipante: _____

Titolo: arch. ing. Tel. ____/____/____ Fax ____/____/____

Cell. _____ E-mail _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

N. iscrizione Ordine _____ anno iscr. _____ prov. Ordine _____

Per i non iscritti all'Ordine evidenziare se si è sostenuto l'Esame di Stato SI NO **Per il rilascio dell'attestato si prega di completare in tutte le sue parti la scheda d'iscrizione****Dati per la fatturazione:**

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Via _____ Città _____ Prov ____ Cap _____

Codice Fiscale: _____ Partita IVA no si _____

Data _____

Firma _____