



————— ENTE BILATERALE TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI —————

**FORMAZIONE LAVORATORI
RICHIESTA DI COLLABORAZIONE
Modello per formazione PLURIAZIENDALE
DETTAGLIO CORSO – FORMAZIONE SPECIFICA
(D.Lgs 81/2008 Art.37)**

Società/ente di formazione

Titolo del corso: FORMAZIONE SPECIFICA CLASSE DI RISCHIO

ALTO

MEDIO

BASSO

Sede del corso: _____

Numero previsto di partecipanti: _____

Ore totali di formazione: _____ **ORE**

Periodo del corso:

(Indicare la/e data/e del corso oppure il periodo del corso)



Via Castello, 89127 - 4 Reggio Calabria
Tel 0965/330857-53 Fax 0965/331637
Sito : <http://www.ebtds.it>
Email: info@ebtds.it



Metodologia di insegnamento/apprendimento:

(Es. lezioni frontali, esercitazioni, lavori di gruppo, simulazioni, apprendimento e-learning ecc.)

Argomenti:

(Indicare in modo sintetico gli argomenti trattati)

Materiale didattico/strumenti/testi specifici:

(Es. Dispense, test d'ingresso e di verifica dell'apprendimento, test di valutazione ecc..)

Luogo e data, _____

Ditta Società
(Timbro e firma)

Ente di Formazione
(Timbro e firma)
