Spett.le C.A.I.C.T.

Via della Villa Demidoff 64/d

50127 Firenze

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………nato/a a…………il………..

e residente in……………………………via…………… comune……………..…presa visione del corso Formazione Obbligatoria per Consulenti Professionali di Prodotti Fitosanitari corso Riconosciuto dalla Provincia di Firenze e avente Matricola……………….

accetta le seguenti condizioni:

* Quota di iscrizione al corso € 230,00 , da versare contestualmente a al momento dell’iscrizione in contanti o assegno bancario ,in base alla normativa vigente e dietro rilascio di ricevuta di pagamento, o tramite bonifico intestato a C.A.I.C.T.srl IBAN IT-20-M-03268-02802-052854389560;
* Che la quota da me versata comprende: iscrizione, frequenza, esami e certificazioni finali, materiale didattico per le esercitazioni, copie delle slides dei docenti che verranno distribuiti durante l’intero percorso formativo, tutoraggio, assicurazione contro gli infortuni e rischi civili contro terzi (ove prevista), ;
* Che il corso ha la durata di 25 ore, e che i contenuti dell’offerta sono suddivisi in 7 Unità formative, ognuna delle quali affronta specifici argomenti: dalla disciplina normativa e giuridica in materie di prodotti tossici, molto tossici e nocivi , ai principali metodi di prevenzione dei rischi, alla tutela sanitaria, etc..;
* Per ottenere il rimborso della quota versata in caso di rinuncia alla frequenza al corso, dovrò dare comunicazione almeno 5 giorni prima tramite lettera raccomandata a/r a CAICT oppure inviando un fax al numero 055-3246612. La penale del recesso non verrà richiesta se è l’Organismo Formativo ad essere in difetto;
* Per essere ammesso alla verifica finale ai sensi della vigente normativa dovrò frequentare almeno il 75% delle ore totali previste dal corso in oggetto;
* Dichiaro infine, di ricevere copia del presente contratto

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( firma leggibile)