

 ORGANISMO PARITETICO NAZIONALE SETTORE PRIVATO	COLLABORAZIONE FORMAZIONE LAVORATORI ART. 37	MOD 0301
		Rev. 01 del 06.02.26
		Pagina 1 di 3

**RICHIESTA DI
COLLABORAZIONE
FORMAZIONE PER LAVORATORI
Art. 37 del D.lgs 81.2008 smi**

Spett. le
 OPNASP
 Via del Consolato n. 6
 00186 Roma (RM)
opnasp@pec.it

OGGETTO: TRASMISSIONE PROGETTO FORMATIVO PER LA COLLABORAZIONE CON OPNASP ai sensi dell'art. 37 comma 12 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a _____ in
 qualità di Datore di Lavoro dell'azienda _____
 Con sede legale in Via _____ N° ____
 CAP _____ Città _____ Prov. ____
 Telefono _____ Email _____
 P.iva _____ PEC _____
 Settore Attività _____ Settore ATECO _____
 CCNL Applicato _____ Cod. INPS _____
 Iscritto all'associazione datoriale Conflavoro PMI Aderente all'Ente Bilaterale EBIASP

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

TRASMETTE

all'Organismo Paritetico Nazionale OPNASP il progetto formativo e relativi allegati ai sensi dell'art. 37 comma 12 del d. Lgs. 81/2008 e s.m.i. per avvallo e collaborazione come indicato dall'Accordo Stato Regioni del 17/04/2025.

Selezionare solo una voce		N° Lavoratori
Corso Lavoratori art.37	<input type="checkbox"/> Rischio Basso 8 ore	
	<input type="checkbox"/> Rischio Medio 12 ore	
	<input type="checkbox"/> Rischio Alto 16 ore	
Aggiornamento Lavoratori	<input type="checkbox"/> Rischio Basso/Medio/Alto 6 ore	
<input type="checkbox"/> Corso Preposti 12 ore		
<input type="checkbox"/> Aggiornamento Preposti 6 ore		
<input type="checkbox"/> Corso Dirigente 12 ore		
<input type="checkbox"/> Modulo aggiuntivo Cantieri per Dirigente 6 ore		
<input type="checkbox"/> Aggiornamento Dirigente 6 ore		

Organizzazione della formazione	
Data/e di svolgimento (gg/mm/aa)	
Orari di svolgimento	
Sede del Corso (Via, N°, CAP, Città, Prov.)	
Soggetto Organizzatore <small>(indicare se il corso viene organizzato dall'Impresa, Ente di Formazione o da altro soggetto)</small>	
Responsabile del corso <small>(indicare se il responsabile e il Datore di Lavoro o altro soggetto)</small>	
Metodologia Formativa <small>(indicare se il corso viene erogato in modalità Aula, in E.learning o in Blended)</small>	
Ente fornitore E.learning <small>(indicare la società fornitore del servizio di formazione a distanza se utilizzata)</small>	

Elenco dei Docenti/Tutor/Interpreti				
Qualifica	Nome e Cognome	Argomenti Trattati	N° Ore	Data Docenza

- * Allegare il programma formativo dettagliato del corso di formazione.
- * Allegare elenco dei partecipanti al corso.

- Si ricorda che il numero massimo dei corsisti per ogni aula formativa non deve superare 30 unità.
- In caso di presenza di lavoratori stranieri, i corsi devono erogati previa verifica della comprensione della lingua italiana, in alternativa va garantita la presenza di un interprete.
- Il datore di lavoro deve verificare che tutti i docenti siano qualificati come disciplinato dal Decreto Interministeriale del 06 marzo 2013.

A TAL FINE DICHIARA

di essere informato, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Timbro e Firma Datore di Lavoro
