

Richiesta di prestazioni	
Richiedente	
UID	CHE-____.____.____
Ditta (Datore di lavoro) / contatto	/
Indirizzo	
CAP / Luogo	
Partecipante al corso	
Nome / Cognome	
Data di nascita / funzione	___/___/____ /
Anno di tirocinio / SMP	Anno di tirocinio: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3./4. <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 2. Apprendistato <input type="checkbox"/>
CAP / Luogo	_____/
AVS13 / assoggettato CCL	____.____.____.____ / assoggettato CCL Costruzione in legno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dati sull'offerta di formazione	
Titolo del corso	
Organizzatore	
Luogo del corso	
Data del corso	Inizio: ____ . ____ . ____ Fine: ____ . ____ . ____
Durata del corso	Ore __ __ Giorni __ __
Costi del corso IVA esclusa	Costi effettivi (esclusi materiale, vitto e alloggio – Allegare copia della fattura) _____ . ____
Condizione per Holzbau Vital: Il collaboratore ha un rapporto di lavoro valido e il periodo di prova è terminato. Con la sua firma il sottoscritto conferma di aver preso nota delle condizioni del regolamento della Promozione professionale Costruzione in legno svizzera e Holzbau Vital e di aver fornito informazioni veritiere.	
Luogo, Data	Timbro / Firma:

Prego inviare la richiesta a:

Berufsförderung Holzbau Schweiz
Kursabwicklung
Thurgauerstrasse 54
8050 Zürich

Tel: 044 511 02 80

Mail kursabwicklung@holzbau-schweiz.ch
Homepage www.holzbau-schweiz.ch

Se più partecipanti hanno conseguito lo stesso corso, potete registrarli qui:

Partecipante al corso	
Nome / Cognome	
Data di nascita / funzione	__ / __ / ____ /
Anno di tirocinio / SMP	Anno di tirocinio: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3./4. <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CAP / Luogo	____ /
AVS-Nr./assoggettato CCL	____.____.____.____ / assoggettato CCL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Partecipante al corso	
Nome / Cognome	
Data di nascita / funzione	__ / __ / ____ /
Anno di tirocinio / SMP	Anno di tirocinio: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3./4. <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CAP / Luogo	____ /
AVS-Nr./assoggettato CCL	____.____.____.____ / assoggettato CCL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Partecipante al corso	
Nome / Cognome	
Data di nascita / funzione	__ / __ / ____ /
Anno di tirocinio / SMP	Anno di tirocinio: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3./4. <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CAP / Luogo	____ /
AVS-Nr./assoggettato CCL	____.____.____.____ / assoggettato CCL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Partecipante al corso	
Nome / Cognome	
Data di nascita / funzione	__ / __ / ____ /
Anno di tirocinio / SMP	Anno di tirocinio: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3./4. <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CAP / Luogo	____ /
AVS-Nr./assoggettato CCL	____.____.____.____ / assoggettato CCL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Partecipante al corso	
Nome / Cognome	
Data di nascita / funzione	__ / __ / ____ /
Anno di tirocinio / SMP	Anno di tirocinio: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3./4. <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CAP / Luogo	____ /
AVS-Nr./assoggettato CCL	____.____.____.____ / assoggettato CCL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No