

## QUESTIONARIO FABBISOGNI FORMATIVI

Seleziona una o più aree di interesse ed inserire un valore numerico ( da 1 a... in base al numero degli addetti coinvolti)  
INVIARE VIA E-MAIL: [CEDSERVIZI@CEDSERVIZI.IT](mailto:CEDSERVIZI@CEDSERVIZI.IT)

### RAGIONE SOCIALE/INTESTAZIONE

PARTITA IVA / C.F.

NOME E COGNOME

TEL.DIRETTO/CELLU.:

E-MAIL DIRETTA:

	N°
<b>ATTREZZATURE</b>	
<input type="checkbox"/> CARRELLI	
<input type="checkbox"/> AGG. CARRELLI	
<input type="checkbox"/> TRATTORI	
<input type="checkbox"/> AGG. TRATTORI	
<input type="checkbox"/> GRU AUTOCARRO	
<input type="checkbox"/> AGG. GRU	
<input type="checkbox"/> PALE CARICATRICI	
<input type="checkbox"/> AGG. PALE CARICATRICI	
<input type="checkbox"/> PLE PIATTAFORME	
<input type="checkbox"/> AGG. PLE PIATTAFORME	

<b>DATORI DI LAVORO</b>	
<input type="checkbox"/> RISCHIO BASSO DAT. DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> AGG. RISCHIO BASSO DAT. DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> RISCHIO MEDIO DAT. DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> AGG. RISCHIO MEDIO DAT. DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> RISCHIO ALTO DAT. DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> AGG. RISCHIO ALTO DAT. DI LAVORO	

<b>DIRIGENTI E PREPOSTI</b>	
<input type="checkbox"/> DIRIGENTI	
<input type="checkbox"/> AGG. CORSO DIRIGENTI	
<input type="checkbox"/> PREPOSTI	
<input type="checkbox"/> AGG. PREPOSTI	

<b>FORMATORI</b>	
<input type="checkbox"/> FORMATORI	

<b>LAVORATORI</b>	
<input type="checkbox"/> RISCHIO BASSO LAVORATORI	
<input type="checkbox"/> RISCHIO MEDIO LAVORATORI	
<input type="checkbox"/> RISCHIO ALTO LAVORATORI	
<input type="checkbox"/> AGG. LAVORATORI	

<b>LAVORI ELETTRICI</b>	
<input type="checkbox"/> LAVORI ELETTRICI PES/PAV	
<input type="checkbox"/> AGG. LAVORI ELETTRICI	

<b>PREVENZIONE INCENDI</b>	
<input type="checkbox"/> RISCHIO BASSO PREV. INCENDI	
<input type="checkbox"/> AGG. RISCHIO BASSO PREV. INCENDI	
<input type="checkbox"/> RISCHIO MEDIO PREV. INCENDI	
<input type="checkbox"/> AGG. RISCHIO MEDIO PREV. INCENDI	
<input type="checkbox"/> RISCHIO ALTO PREV. INCENDI	
<input type="checkbox"/> AGG. RISCHIO ALTO PREV. INCENDI	

<b>PRIMO SOCCORSO</b>	
<input type="checkbox"/> GRUPPO A	
<input type="checkbox"/> AGG. GRUPPO A	
<input type="checkbox"/> GRUPPO B E C	
<input type="checkbox"/> AGG. GRUPPO B E C	

<b>RLS</b>	
<input type="checkbox"/> RLS 32 ORE	
<input type="checkbox"/> AGG. RLS 8 ORE	
<input type="checkbox"/> AGG. RLS 4 ORE	

<b>RSPP E ASPP</b>	
<input type="checkbox"/> MODULO A	
<input type="checkbox"/> MODULO B	
<input type="checkbox"/> MODULO C	
<input type="checkbox"/> AGG. RSPP	
<input type="checkbox"/> AGG. ASPP	

<b>APPRENDISTATO FAD</b>	
<input type="checkbox"/> PRIMA ANNUALITÀ	
<input type="checkbox"/> SECONDA ANNUALITÀ	
<input type="checkbox"/> TERZA ANNUALITÀ	

<b>FORMAZIONE LAVORATORI FAD</b>	
<input type="checkbox"/> GENERALE:	
<input type="checkbox"/> SPECIFICA (RISCHIO BASSO)	
<input type="checkbox"/> AGGIORNAMENTO LAVORATORI	

<b>HACCP FAD</b>	
<input type="checkbox"/> ADDETTI	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILI	

<b>FORMAZIONE LAVORATORI FAD</b>	
<input type="checkbox"/> GENERICA	
<input type="checkbox"/> SPECIFICA (RISCHIO BASSO)	

