



astraservizi
servizi per i trasportatori

**SCHEDA ISCRIZIONE al CORSO DI FORMAZIONE
SUL BUON FUNZIONAMENTO DEI TACHIGRAFI**

Data di svolgimento: _____ ore 08:00 – 16:00

**Luogo di Svolgimento: ASTRA SERVIZI S.C
VIA DELLA MOTORIZZAZIONE 11/15 CUNEO**

Il _ sottoscritto _____
Titolare/legale rappresentante della ditta _____
Sita in _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ e-mail _____ C.F./P.IVA. _____ numero di iscrizione
alla CCIAA _____

Impresa di autotrasporto di merci per conto terzi iscritta **all'Albo autotrasportatori al numero _____, al REN numero _____, MATRICOLA INPS _____**

Impresa di autotrasporto munita di **licenza per l'autotrasporto di merci in conto proprio numero _____, rilasciata da _____**

Chiede



che le persone elencate di seguito vengano iscritte al corso di formazione sopra citato:

	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	MANSIONE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Da allegare:

- Copia del CARTA DI IDENTITÀ e CODICE FISCALE di ciascun iscritto;
- Copia della PATENTE DI GUIDA e CQC di ciascun iscritto.

Data _____

Timbro e firma _____