

ALLEGATO 1 – ELENCO DEL PERSONALE DELL'IMPRESA

DATI PERSONALI	RAPPORTO DI LAVORO CON L'IMPRESA	PERCORSI FORMATIVI	
COGNOME E NOME: LUOGO DI NASCITA:	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio	<input type="checkbox"/> A tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Unità di competenza "Taglio, allestimento del legname"	Certificazione n. : rilasciata da: in data:
DATA DI NASCITA: CODICE FISCALE:	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Collaboratore familiare	<input type="checkbox"/> A tempo determinato <input type="checkbox"/> Qualifica di "Operatore forestale" - Regione Emilia-Romagna	Certificazione n. : rilasciata da: in data:

COGNOME E NOME: LUOGO DI NASCITA:	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio	<input type="checkbox"/> A tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Unità di competenza "Taglio, allestimento del legname"	Certificazione n. : rilasciata da: in data:
DATA DI NASCITA: CODICE FISCALE:	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Collaboratore familiare	<input type="checkbox"/> A tempo determinato <input type="checkbox"/> Qualifica di "Operatore forestale" - Regione Emilia-Romagna	Certificazione n. : rilasciata da: in data:

COGNOME E NOME: LUOGO DI NASCITA:	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio	<input type="checkbox"/> A tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Unità di competenza "Taglio, allestimento del legname"	Certificazione n. : rilasciata da: in data:
DATA DI NASCITA: CODICE FISCALE:	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Collaboratore familiare	<input type="checkbox"/> A tempo determinato <input type="checkbox"/> Qualifica di "Operatore forestale" - Regione Emilia-Romagna	Certificazione n. : rilasciata da: in data:

Data _____

FIRMA _____

BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO E COMPILARE GLI SPAZI