

# AGGIORNAMENTO DI 4 ORE

## rivolto ai COORDINATORI DELLA SICUREZZA ai sensi del D.Lgs. 81/2008

VALIDO ANCHE PER AGGIORNAMENTO DI ASPP/RSPP, LAVORATORE, PREPOSTO E DIRIGENTE:  
LA "MODALITÀ CONVEGNO" CONCORRE NELLA MISURA NON SUPERIORE AL 50%  
DEL TOTALE DI ORE DI AGGIORNAMENTO COMPLESSIVO PREVISTO

## MERCOLEDI' 20 SETTEMBRE 2017

### "I MODELLI SEMPLIFICATI DEI PIANI DI SICUREZZA NEI CANTIERI"

presso la sede ESEM-CPT di MILANO, Via Newton n. 3 - "AULA ROSSA" - dalle ore 15.00 alle 19.00

**Argomenti trattati:**

Analisi dei modelli semplificati dei piani della sicurezza e comparazioni con quelli descritti negli allegati XV e XVI del D.Lgs. 81/2008.

**Obiettivi:**

Fornire le competenze per la redazione dei documenti per la sicurezza nei cantieri (PSC, POS, Fascicolo dell'opera) alla luce delle novità introdotte dal D.Lgs. 81/2008.  
Suggerimenti per un approccio analitico e presentazione dei modelli semplificati.

**Quota di partecipazione per singolo evento:**

La quota di partecipazione è di € 45,00 + IVA 22%. L'importo dovrà essere versato entro martedì 19 Settembre 2017, tramite bonifico Bancario, intestato a ESEM-CPT Banca Prossima S.p.A.- P.zza P. Ferrari, 10 - 20121 Milano  
IBAN: IT89P0335901600100000151740 con l'indicazione del partecipante e causale: "Aggiornamento Coordinatori/Aspp-Rspp 20 settembre 2017"

**Verifica finale: questionario a risposta multipla e dibattito collegiale.**

**Crediti formativi professionali (CFP):**

- Ordine Ingegneri della Provincia di Milano (Accreditati N. 4 CFP )
- Ordine degli Architetti PPC della Provincia di Milano (accreditamento con autocertificazione su piattaforma iM@teria)

SCHEDA DI REGISTRAZIONE da restituire via mail a: [coordinatori@cptmi.it](mailto:coordinatori@cptmi.it)  
Per maggiori informazioni **numero verde CPT 800 961 925** - referente Elisa Schiano

NOME e COGNOME partecipante													
Codice fiscale partecipante													
Titolo / Ruolo													
Ordine professionale													
Circoscrizione di ..... / N. iscrizione												N.	
E-mail													
Telefono /Cellulare													
<b>DATI FATTURAZIONE obbligatori:</b>													
Ragione sociale IMPRESA/ENTE/STUDIO/PRIVATO													
Indirizzo - CAP - Città - Prov.													
Partita IVA													

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare le condizioni di cui sopra:

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'Art.13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Firma \_\_\_\_\_