



ATTESTATO DI CAPACITA' PER CONDURRE CARRELLI ELEVATORI / RICONOSCIUTO SUVA

6.4 Modulo aggiuntivo (1 giorno)

CARRELLI TELESCOPICI / R4

Finalità del corso	Corso di preparazione agli esami per l'ottenimento dell'attestato quale conducente carrelli elevatori telescopici.
Materie d'insegnamento	La costruzione del carrello / regole di circolazione / le forze agenti sul carrello (diagramma di carico) / comportamento sul lavoro / manutenzione batteria / tecnica di curva / sollevare e accatastare.
Diploma rilasciato	Attestato di capacità quale conducente carrelli elevatori secondo CFSL 6518 (riconosciuto Suva).
Requisiti	Conoscenze basilari nel ramo dell'immagazzinamento. I partecipanti devono conoscere bene la rispettiva lingua nazionale (italiano - francese - tedesco). Età minima: 18 anni / apprendisti possono effettuare la formazione con un valido contratto di tirocinio.
Durata del corso	1 giorno (8 ore)
Date	La formazione è organizzata presso l'azienda richiedente (5 o più persone) oppure durante i corsi centralizzati (ulteriori informazioni possono essere richieste tramite e-mail: cisal@bluewin.ch).
Quota d'iscrizione	CHF 400.-- per partecipante Il pagamento della quota d'iscrizione è da versare prima dell'inizio del corso (nella tassa è compreso il manuale del carrellista e la patente).
Assicurazione	I partecipanti non sono assicurati dalla GESTCISAL Sagl (IP - INP - Malattie - resp. civile). L'uso delle scarpe di sicurezza è obbligatorio.
Osservazioni	Le disdette devono essere inoltrate per iscritto (e-mail, lettera o fax). Sono fatturate nel modo seguente: senza costi fino a 4 settimane prima dell'inizio del corso / 50 % dei costi fino a 1 settimana prima dell'inizio del corso / 100 % dei costi fino a 5 giorni prima dell'inizio del corso. Chi fosse impedito a partecipare può delegare un'altra persona previa comunicazione alla GESTCISAL.

Formulario d'iscrizione ai corsi per conducenti carrelli elevatori

Cognome	Nome	Data di nascita	Nr. AVS o Rif. Passaporto	Firma*
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ditta	_____	E-Mail	_____
Indirizzo esatto	_____	Nr. tel.	_____
CAP, Luogo	_____		
Indirizzo fatturazione	_____		
Luogo, data	_____	Firma*	_____

*Il responsabile / partecipante conferma l'esattezza dei dati compilati.