suva

Attestato di formazione Proteggiamo i nostri occhi da veri professionisti

Confermo di aver partecipato al modulo di prevenzione «Proteggiamo i nostri occhi da veri professionisti».

Data: _____

Luogo: _____

Formatore/trice: _____

Azienda: _____

Partecipanti

Cognome	Nome	Firma

Suva
Sicurezza sul lavoro
Settore costruzioni
Casella postale, 6002 Lucerna

Informazioni
Tel. 041 419 58 51
servizio.clienti@suva.ch

S100092