

DESCRIZIONE DEL CORSO E MODULO DI ISCRIZIONE

OVF 10 B - Corso 7 - 2025

secondo l'UFT in base agli articoli 6, 8 capoverso 5 e 9 capoversi 3 e 4 dell'ordinanza del 4 novembre 20091 sulle attività legate alla sicurezza nel settore ferroviario (OASF)

SEDE DEL CORSO: BERN / WANKDORF – Papiermühlestrasse 140, 3063 Ittigen -> Rest. Bellevue

DATA DEL CORSO: Corso **I 7** Italiano 10.03. – 12.03.2025, Lue – Mer 08:15-12:00 / 13:15-17:00
Corso **I 7.1** Italiano (ripeti.) 11.03. – 12.03.2025, Mar – Mer 08:15-12:00 / 13:15-17:00

COSTO DEL CORSO: 1960.- CHF netto IVA esclusa / persona
- **OVF 10 B** – Corso di formazione iniziale (corso ripetuto scontato CHF 1590.-)
- Licenza ufficiale UFT
- Sede del corso con catering (pranzo incluso) e parcheggio
- Sistemazione in albergo a tariffa ridotta (facoltativa) -> Novotel / IBIS Berna

REQUISITI: - Superamento della visita medica di idoneità con il medico di fiducia Requisito di livello 1 (vedi documenti PDF in allegato alla mail)
Attenzione, non dimenticate che i conducenti di motori di età pari o superiore a 50 anni devono ripetere la visita medica di idoneità ogni 3 anni.
- Carta d'identità o passaporto
- Per la parte pratica del corso è necessario portare con sé l'abbigliamento di sicurezza FFS Standard.

**** questi requisiti e i relativi documenti devono essere consegnati il primo giorno del corso.**

Condizioni del corso:

DATI DI REGISTRAZIONE:

NOME / COGNOME: _____ (Dettagli pagina2)

AZIENDA: _____

INDIRIZZO AZIENDA: _____

Partecipo al corso: **I 7** **Corso base** **I 7.1** **corso di ripetizione** partecipare

Ho compreso i termini e le condizioni del corso e accetto di partecipare al corso

Ho bisogno di un pernottamento in hotel

Ho bisogno di sottopormi alla visita medica di idoneità OVF con un costo aggiuntivo

Ho compilato i miei dati personali (pagina 2) in modo veritiero e autorizzo il trattamento dei miei dati.

Io / L'azienda richiede la continuazione del modulo 2+3 e desidera fissare un appuntamento. -> Info sul sito web

Data: _____ Firma / Timbro della società

Azienda: _____

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome: _____

Connome: _____

Indirizzo di casa: _____

Numero di telefono privato (cellulare): _____

Indirizzo e-mail (privato): _____

Data di nascita: _____

Madrelingua: _____

Altre lingue: _____

Datore di lavoro: _____

Datore di lavoro Indirizzo: _____

Numero di telefono aziendale (cellulare): _____

Indirizzo e-mail (aziendale): _____

Ho fornito le informazioni correttamente e rilascio i diritti di utilizzo dei dati.

LUOGO, DATA:

FIRMA:
