

**MODULO DI ADESIONE**

(Da inviare tramite fax al numero 080/5237913 o  
posta elettronica all'indirizzo [info@irasebari.it](mailto:info@irasebari.it))

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**INTESTAZIONE SCUOLA**

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail istituzionale \_\_\_\_\_@istruzione.it

Spett. **I.R.A.S.E.**  
**Via Dante Alighieri, 3**  
**7 0 1 2 2      B A R I**

**Oggetto: Valutazione del rischio da stress di lavoro-correlato (D.Lgs. 81/2008).**

In riferimento all'oggetto, si comunica l'adesione di questa Istituzione Scolastica all'attività di valutazione del rischio da stress di lavoro-correlato.

Si chiede, a tal scopo, che detta attività sia svolta dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ (indicare un arco temporale di tre ore) in una, a Vs. scelta, tra le seguenti date:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il costo dell'intera attività, incluse spese di organizzazione e di viaggio dell'esperto, è di €. **450,00**

**IVA inclusa.**

Distinti saluti.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**