

AL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
PIAZZALE MILANO,2
29121 PIACENZA

RICHIESTA VIDIMAZIONE REGISTRO INFORTUNI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Legale Rappresentante della Ditta:

Denominazione Ditta _____

Codice Fiscale e/o Partita I.V.A. _____

Insedimento produttivo dove vengono eseguiti i lavori:

Indirizzo _____	
Comune _____	CAP _____
Telefono _____	Fax _____

Sede Legale (solo se diversa dalla Unità produttiva)

Indirizzo _____	
Comune _____	CAP _____
Telefono _____	Fax _____

Dipendenti o equiparati	n. _____
Soci lavoratori	n. _____
Collaboratori Coordinati Continuativi	n. _____
Totale	n. _____

CHIEDE LA VIDIMAZIONE DEL REGISTRO INFORTUNI

Sotto la propria responsabilità dichiara che:

- La Ditta/Società rappresentata è la prima volta che fa vidimare il registro degli infortuni
 Il presente registro infortuni è la continuazione di quello che si allega per presa visione.

Il Legale Rappresentante
(Timbro e Firma)

Si delega per il rilascio il Sig. _____
che dovrà produrre all'atto del ritiro, fotocopia di idoneo documento d'identità in corso di validità.

Data _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Registro infortuni n. _____ data di vidimazione _____

RISPONDE AI CRITERI

SI

NO