

RICHIESTA VIDIMAZIONE REGISTRO INFORTUNI

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ in qualità di :

Amministratore
Rappresentante Legale
Datore di lavoro

della Società/Impresa/Ditta _____

iscritta alla C.C.I.A.A. n° _____ Posizion e INAIL n° _____

Tipo di attività _____

Di cui operai n° _____ impiegati n° _____ soci n° _____ altro n° _____

CHIEDE

la vidimazione di n° _____ registri infortuni rel ativo alla unità locale sita in via _____
_____ n° _____ Comune /loc. _____

Timbro e firma leggibile

Data consegna _____

Data ritiro _____

L'importo per la vidimazione del registro infortuni e' di **Euro 15,00** (tariffario aziendale del 01/09/2004) e dovrà essere versato sul CCP n° 958 20254 intestato Azienda USL 6 Area Gen. Dip.Prevenzione, indicando sulla causale di versamento " SPRESAL vidimazione registro infortuni"