

Oggetto: Richiesta per la vidimazione del registro infortuni ai sensi dell'art. 53 comma 6 D.Lgs 81/08

Il sottoscritto.....Nato a.....il.....
residente in.....Via.....tel.....
Rappresentante della ditta/società.....
Partita IVA..... Posizione I.N.A.I.L.....
Sede legale in..... Via..... tel.....
esercitante attività di.....
sede di lavoro in..... Via..... tel.....

Chiede la vidimazione del registro degli infortuni a norma dell'art. 53 comma 6 D.Lgs 81/08 in quanto la ditta / società ha alle proprie dipendenze lavori subordinati o soci di società come in calce elencati.

Sotto la propria responsabilità dichiara che:

- la ditta/società rappresentata è la prima volta che fa vidimare il registro degli infortuni;
- che il presente registro infortuni è la continuazione del precedente vidimato in data.....n°.....da.....(indicare l'ente), completato in tutte le sue pagine.

DIPENDENTI

N. impiegati:	N. Uomini.....	N. Donne.....
N. addetti alla produzione:	N. Uomini.....	N. Donne.....
N. apprendisti:	N. Uomini.....	N. Donne.....

Data.....
Timbro e firma

Acconsento, per quanto previsto dal D. Lgs. N. 196 del 30.06.03, a che i dati personali sopra riportati siano utilizzati dalla ASL di Cagliari al solo scopo, peraltro, di consentire l'evasione della pratica.

Data.....
firma