

1. DITTA

Ragione Sociale _____

Indirizzo sede Legale (Via e Comune) _____

Indirizzo Unità Locale (Via e Comune) _____

Tel. _____ Mob. _____ Fax _____ e-mail _____

Data inizio attività _____ P.I. _____

2. LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____ Via _____

3. RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE PROTEZIONE

Cognome e Nome _____

Tel. _____

4. MEDICO COMPETENTE

Cognome e Nome _____

Tel. _____

5. ATTIVITA'

Tipo di attività _____

Cod. ISTAT _____

6. MOTIVO DELLA VIDIMAZIONE

Ditta di nuova costruzione Ditta trasferita ad altra Provincia Precedente registro infortuni completato

Altro _____

7. VARIAZIONE (CHE NON PREVEDANO LA VIDIMAZIONE DI UN NUOVO REGISTRO)

Variazione Ragione Sociale Variazione indirizzo

Indicare indirizzo precedente _____

8. PERSONALE ATTUALMENTE IN FORZA

N° Occupati: M _____ F _____ (compresi titolari, soci, apprendisti, impiegati e collaboratori)

Data _____

Firma e Timbro

Vidimazione Registro Infortuni

Orari per il pubblico

Lun – Mar – Mer – Gio – Ven: 8.30-12.30

Lun pomeriggio : 15.00- 17.00

Tariffa/Tiket

Euro 26.80

Modalità di pagamento: CCP n° 10828416

intestato a: Azienda USL di Modena – Area territoriale Modena Servizio Tesoreria

In caso di spedizione del Registro Infortuni:

inviare con busta affrancata e versamento di pagamento originale allegato al Registro Infortuni

Indirizzo: Azienda USL di Modena – Medicina del Lavoro Via Finzi, 211 41100 Modena