

Al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
U.O. di Controllo e Vigilanza
presso Azienda Sanitaria Provinciale - Catania
Via Tevere n. 39 - San Gregorio di Catania (CT)

Oggetto: Vidimazione Registro Infortuni.

Il sottoscritto _____

nella qualità di _____ della ditta
(titolare / amministratore / datore di lavoro / dirigente)

_____ con sede legale nel comune di

_____ Via _____ n. _____

CHIEDE

a codesto Ufficio la

VIDIMAZIONE DEL REGISTRO INFORTUNI

(art. 403 del D.P.R. 547/55 - art. 2 del D.M. 12/05/58 - art. 4 del D.Lgs. 626/94)

da conservare presso il luogo di lavoro ubicato nel comune di _____

via _____ n. _____

per l'attività di _____

A tal fine allega attestazione di versamento di € 15,00 sul c.c.p. n. n. 49436850 intestato ad Azienda Sanitaria Provinciale di Catania - Settore Igiene e Sanità Pubblica. Causale: "Vidimazione Registro Infortuni".

Data _____

Timbro e Firma

(riservato all'Ufficio)

Il registro degli infortuni regolarmente vidimato e registrato al n. _____ viene consegnato in data _____ al sig. _____ in qualità di _____ identificato a mezzo patente guida / carta identità n. _____ rilasciata in data _____ dal Prefetto / MCTC / Sindaco di _____

firma del funzionario incaricato

firma per ricevuta