AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - PALERMO Dipartimento di Prevenzione

- Serv. Prevenz. e Sicurezza Ambienti di Lavoro: Via M. Stabile, 7 - 90139 PA C. E/P IVA 0 5 8 4 1 7 6 0 8 2 9

Oggetto: dichiarazione Il sottoscritto ______ nato il _____ a_____(prov.____), nella qualità di ______della ditta _____ con sede in _____ (____) Via ______ n° via ____ cap. ____ DICHIARA: che il presente registro infortuni sarà utilizzato per lavori avente carattere di breve durata caratterizzati da Mobilità (rif. Circolare Dipartimento di Prevenzione - Direttive sulla vidimazione e tenuta dei registri infortuni- Prot. 59 del 09.01.2004 - punto 7° e 8°). Palermo Iì. Il Dichiarante Si allega fotocopia documento: □ Carta d'identità

□ Patente