Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di titolare/legale rappresentante dell’azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice cliente INAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola INPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

altresì, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità i dati sotto riportati:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI AZIENDA** | | | | | | | | | | |
| *Ragione Sociale* | |  | | | | | | | | |
| *P.IVA* |  | | | | C.F. |  | | | | |
| ***SEDE LEGALE*** | | | | | | | | | | |
| *Indirizzo* |  | | | | | | | *Civico* | |  |
| *CAP* |  | | *Comune* |  | | | | Prov. | |  |
| *Mail* |  | | | | | | *Codice ATECO* | |  | |
| *Esercente l’attività di* | | |  | | | | | | | |
| CCNL applicato | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATI AZIENDA** | |  | **Documenti da allegare**   * Visura Camerale; * Copia documento identità del Legale Rappresentante; |
| Numero complessivo lavoratori |  |  |
| Apprendisti |  |  |
| Operai/impiegati a tempo determinato |  |  |
| Operai/impiegati a tempo indeterminato |  |  |
| Quadri |  |  |
| Dirigenti |  |  |
| Altri contratti (specificare) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMINATIVI ADDETTI ALLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO** | |
| *RSPP - RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE* |  |
| *PRIMO SOCCORSO* |  |
| *ANTINCENDIO* |  |
| *MEDICO COMPETENTE* |  |
| *ALTRE FIGURE* |  |

Luogo e Data Timbro e firma del Rappresentante Legale

……………………………………………………………… ……………………………………………………………………