

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____
in qualità di legale rappresentante della ditta/società _____

Part. IVA _____ Posizione/i I.N.A.I.L. _____

Sede operativa ubicata a _____

sede legale _____

Settore _____

tel _____ esercente attività di _____

dichiara che la ditta/società ha alle proprie dipendenze lavoratori subordinati o soci di società come in calce elencati.

Sotto la propria responsabilità dichiara che per la ditta/società rappresentata:

- è la prima volta che fa vidimare il registro infortuni
- il presente registro infortuni è la continuazione di quello che si allega per presa visione
- il precedente registro infortuni è stato smarrito e si allega la denuncia di smarrimento presentata all'autorità di P.S. (Polizia di Stato - Carabinieri)

Dipendenti	
N° addetti uffici maschi	
N° addetti uffici femmine	
N° addetti produzione maschi	
N° addetti produzione femmine	

Lucca, li _____

Timbro e firma

Spazio riservato all'ufficio

Registro Infortuni N. _____ del _____
ritirato in data _____ da _____
in qualità di _____

Firma per ricevuta _____
