

Oggetto: richiesta convenzione per ASPP.

**Al Direttore Generale Dell'USL2 di Lucca
Via per S.Alessio Monte S.Quirico**

**E p.c. Alla Dott.ssa Bianchi Martini Laura
U.O.S. Sorveglianza Sanitaria Medico Competente
Via di Tiglio 292 Carraia**

Il sottoscritto/a _____ legale rappresentante/titolare delle Ditta/

Ente _____ Via _____

Città _____ Tel. _____ Fax _____

P.IVA _____ richiede a codesta Azienda USL convenzione per

l'espletamento della funzione di medico competente come previsto dal decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81,

Dichiara

1) che l'azienda svolge attività di _____

2) che l'azienda ha in organico N° _____ dipendenti e soci lavoratori totalidi cui operai N° _____
impiegati N° _____

3) che l'azienda ha provveduto ad effettuare la valutazione dei rischi lavorativi secondo il decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 in data _____.

4) che l'azienda ha avuto come medico competente il Dott. _____

5) di aver preso visione del tariffario regionale applicato da codesta AUSL per la convenzione ASPP.

Data

Timbro e firma

Con la firma apposta in calce alla presente richiesta il sottoscritto autorizza, a norma del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" l'Amministrazione di questa Azienda ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico o cartaceo nonché a rendere note le loro elaborazioni ed in generale tutti i risultati dei trattamenti dei dati stessi in una forma che non consenta l'identificazione personale.

