

RICHIESTA RLST
RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA TERRITORIALE – R.L.S.T.

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a aprov il / /
Codice Fiscale
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa
con sede legale a all'indirizzo
Codice Fiscale

CONSIDERATO CHE non si è proceduto alle elezioni o che, comunque, non è stato possibile eleggere il
Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza all'interno dell'impresa

CHIEDE

- ☐ di aderire all'O.P.Na.Fo.S. ed avere la designazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
Territoriale (**gratuito**)
- ☐ la sola designazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale (**con contributo in €**
di,.....)

.....
Luogo, data

.....
Il Datore di Lavoro

.....
Per presa visione del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione

ALLEGATO: SCHEDA IMPRESA

1

O.P.Na.Fo.S.
Via A. Toscanini snc - 00061 - Anguillara Sabazia - Roma

SCHEDA IMPRESA

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)
nato/a a prov il / /
Codice Fiscale
residente in C.A.P. prov.
All'indirizzo n.
tel. cell. fax
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'azienda
con sede legale a all'indirizzo
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 Aziendali

Denominazione:
Sede legale: (indirizzo) n° C.A.P.
Comune Provincia
C.F. Tel. Fax
E-mail Codice ATECO
esercente l'attività di
CCNL applicato

Dati Occupazionali

Lavoratori complessivi N°

Di cui Apprendisti N°

Operai/Impiegati a tempo determinato N°

Operai/Impiegati a tempo indeterminato N°

quadri N°

dirigenti N°

Altri contratti (specificare) N°

Nominativi addetti alla sicurezza nei luoghi di lavoro

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:

Primo Soccorso:

Antincendio:

Medico Competente:

Altre figure:

Documenti allegati alla SCHEDA AZIENDA

- Visura Camerale;
- Copia documento identità del Legale Rappresentante;

.....,

Luogo, data

.....

Il Titolare/Legale Rappresentante