AULSS N. 5

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SPISAL

VIDIMAZIONE REGISTRO DEGLI INFORTUNI

(D.P.R. 547/55 art. 403 - D.Lgs. 626/94 art. 4)

Denominazione : _____

Datore di lavoro: _____

(art. 2 lettera b - D. Lgs 626/94)

sede legale..... *Comune* _____ *via* _____ *n°* _____

(da indicare se diversa dalla sede unità produttiva)

sede unità produttiva: *Comune* _____ *via* _____ *n°* _____

partita IVA | | | | | | | | | | | | *O* *codice fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma del datore di lavoro o di un suo incaricato

recapito telefonico per eventuali comunicazioni

motivo della vidimazione del Registro *(barrare la casella)*

nuova costituzione ☐ *esaurimento* ☐ *smammento* ☐ *attività di durata > 30 gg* ☐ *altro* _____ ☐

tipo di attività - (sezioni ISTAT)

A	agricoltura, caccia e silvicoltura	D	attività manifatturiere sottosezioni ☐	G	commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli, motocicli e di beni personali e per la casa	J	intermediazione monetaria e finanziaria	M	istruzione
B	pesca, piscicoltura e servizi connessi	E	produzione e distribuzione di energia elettrica, gas e acqua	H	alberghi e ristoranti	K	attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca, altre attività professionali ed imprenditoriali	N	sanita' e altri servizi sociali
C	estrazione di minerali	F	Costruzioni	I	trasporti, magazzinaggio e comunicazioni	L	pubblica amm.ne e difesa, assicurazione sociale obbligatoria	O	altri servi pubblici sociali e personali

descrizione attività svolta: _____

_____

data inizio attività ☐☐ ☐☐ ☐☐ lavoratori attualmente occupati ☐ (dato da riferirsi alla sede in territorio ULSS, complessivo di titolare, soci e familiari)

spazio riservato allo SPISAL

numero progressivo di vidimazione ☐☐☐ *data* _____ *firma incaricato* _____

Comunicazione cambio ragione sociale, datore di lavoro, sede o tipo di attività

ragione sociale		data
datore di lavoro o legale rappresentante		data
sede		data
tipo di attività		data

ULSS 5