



# A.S.L. ROMA H

Borgo Garibaldi 00041 Albano Laziale (Roma)  
Tel. 06 93.27.1 – Fax 06 93.27.38.66



**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO  
Via delle Cerquette – 00040 Ariccia (RM)  
c/o Ospedale "L. Spolverini – Padiglione Colombo  
Tel. 0693273779-78 Fax.0693273779

N.PROT. \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

## DOMANDA PER VIDIMAZIONE DEL REGISTRO INFORTUNI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Datore di lavoro della Ditta/Società \_\_\_\_\_  
con sede operativa in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
nel comune di \_\_\_\_\_  
esercente l'attività di \_\_\_\_\_

## CHIEDE LA VIDIMAZIONE DEL REGISTRO INFORTUNI

- Posizione assicurativa INAIL \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- Partita IVA \_\_\_\_\_
- Sede Legale \_\_\_\_\_
- Telefono \_\_\_\_\_
- Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- Numero dipendenti \_\_\_\_\_ Tipologie di contratto (es. part-time, a progetto ecc.) \_\_\_\_\_
- Responsabile Servizio Prev. e prot. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- Medico Competente \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
- Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DELLA AZIENDA

Si allega ricevuta del versamento.

**DATA E FIRMA PER RITIRO**