

Il Sottoscritto ..... C.F. / P.Iva .....

Sede Legale dell'Azienda ..... Tel .....

CHIEDE

Il Kit Antinfortunistico per i seguenti Lavoratori:

1. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....

---

2. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....

---

3. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....

---

4. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....

---

5. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....

---

6. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....

---

7. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....
- 
8. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....
- 
9. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....
- 
10. Cognome e Nome ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... cap .....  
C.F. .... Numero scarpe del lavoratore .....

Nella Domanda inserire l'Allegato " A "

*Preso atto dei diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e dal Decreto n.101/18 del 10 agosto 2018 ,  
acconsento al trattamento per tutti i dati qui forniti per le finalità e nei limiti necessari all'esecuzione dei servizi  
richiesti ed erogati.*

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_