

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 di scarpa del lavoratore -----

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

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

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

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

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

7. Cognome e Nome nato il
residente a via cap
C.F. Numero di scarpa del lavoratore -----

8. Cognome e Nome nato il
residente a via cap
C.F. Numero di scarpa del lavoratore -----

9. Cognome e Nome nato il
residente a via cap
C.F. Numero di scarpa del lavoratore -----

10. Cognome e Nome nato il
residente a via cap
C.F. Numero di scarpa 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 _____