

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RM**  
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

**FOGLIO NOTIZIE** (si prega di scrivere in stampatello)

Dati identificativi ditta

Ragionesociale _____	
Natura giuridica _____	P.IVA/C.F. _____
N. REGISTRO IMPRESE _____	N. ALBO _____
ARTIGIANI _____	N.REA* _____
LEGALE RAPPRESENTANTE _____	NATO A _____ IL _____

Sede Unità Produttiva Locale

PROV. _____	COMUNE _____	MUNICIPIO _____	LOC. _____
INDIRIZZO _____		N. _____	CAP _____
TEL _____	FAX _____	@ mail _____	
ATTIVITA' _____			

Sede legale

Nazione _____	Prov _____	Comune _____	MUNICIPIO _____	Loc. _____
Indirizzo _____		N. _____	CAP _____	
TEL _____	FAX _____	@ mail _____		

Numero addetti

MASCHI FEMMINE TOTALI

ANNO INIZIO ATTIVITA' \_\_\_\_\_

IMPIEGATI	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
OPERAI			
APPRENDISTI			
SOCI LAVORATORI			
TOT. DIPENDENTI			
STAGIONALI			

di cui \_\_\_\_\_ portatori di handicap

NOTE \_\_\_\_\_

Lo scrivente dichiara inoltre di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell' art. 10 della L. 675/96 e s.m.i., sulla tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

\*repertorio economico amministrativo

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO CODICE DI CLASSIF. ANALITICA SEZIONI, SOTTOSEZIONI, ECC	Codice ISTAT _____	CODICE CLASSE ECONOMICA _____	
RICEVENTE _____ (cognome e nome)	DIGITATO <input type="checkbox"/>	_____	_____