

Ente scuola e C.P.T di Rieti.

Via Salaria per l'Aquila,44 RIETI Tel/Fax 0746274481.

Mail: segreteria@edilformazionerieti.it

MODULO PER LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA MEDICA DEL LAVORO (D.Lgs 81/2008)

- AZIENDA _____
- INDIRIZZO (azienda) _____ CAP _____ CITTA' _____
- TELEFONO E MAIL (azienda) _____
- P.I e C.F (azienda) _____

ISCRITTO CASSA EDILE SI NO N.ISCRIZIONE: _____

| DATA | ORA | TIPO DI VISITA* | COGNOME E NOME (lavoratore) | CODICE FISCALE (lavoratore) | MANSIONE | CELLULARE (lavoratore) |
|------|-----|-----------------|------------------------------|-----------------------------|----------|-------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*TIPO DI VISITA : SPECIFICARE SE PREVENTIVA ,PERIODICA,RIENTRO DOPO MALATTIA,CAMBIO MANSIONE O AZIENDA,FINE RAPPORTO

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERER COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI.

