

Dati del richiedente

Ragione sociale		
Via		Nr.
Città	Provincia	C.A.P.
Tel.	Cell.	Fax
E mail :		
Indirizzo impianto		
Persona da contattare / Responsabile		

Tipologia attività

<input type="checkbox"/> Antincendio	<input type="checkbox"/> Locali adibiti ad uso medico / pubblico
<input type="checkbox"/> Antinfortunistica	<input type="checkbox"/> Edilizia <input type="checkbox"/> Altro
Attività svolta : _____	

Numero dipendenti in azienda

Impiegati : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Addetti alla produzione : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

Data ____/____/____ Timbro e Firma leggibile _____

Dichiaro di aver preso visione e di accettare le condizioni dell'allegato modulo relativo all' "informativa" di cui all' art.13 del D.Lgs.30 Giugno 2003, N.196 (Codici in materia di protezione dei dati personali).
Dichiariamo inoltre di essere a conoscenza dei nostri diritti di cui all'art. 7 del summenzionato Codice.

Data ____/____/____ Timbro e Firma leggibile _____

