

Spett.le
S.Pre.S.A.L.
A.S.P. di Siracusa

....l... sottoscritt.....incaricat...per conto della
Ditta/Società.....
con sede legale in..... Via.....
P. IVA/C.F.....Recapito Telefonico.....
Esercente attività di.....
Sede lavori.....

chiede

la vidimazione dell'allegato registro infortuni.

Siracusa.....

Nel caso in cui, per vari motivi, fosse necessaria la spedizione del registro a mezzo posta si ricorda quanto segue:

- 1) spedire il registro infortuni, accompagnato dal presente modulo, alla ASP di Siracusa Corso Gelone 17 Siracusa;
- 2) allegare la ricevuta di pagamento di euro 15.00 effettuato o a mezzo c/c postale n° 12127965 intestato ASP di Siracusa o a mezzo bonifico bancario codice iban IT51U010051710000000 0218700;
- 3) nel caso in cui venga richiesta la spedizione del registro al mittente inserire n°1 busta intestata e affrancata.