



azienda sanitaria locale
materà

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA
U.O.C. di Prevenzione Protezione ed
Impiantistica nei Luoghi di Lavoro
Ambito Territoriale ex ASL4 Matera**
Tel. 0835 253768/597 – Fax 0835 253588
c/c n.95746889 - ✉ sppill@asmbasilicata.it
www.asmbasilicata.it/dipartimenti/prevenzione/sppill.htm

SCHEDA INFORMATIVA PER VIDIMAZIONE REGISTRO INFORTUNI

Denominazione dell'azienda (rag. sociale come alla Camera di Commercio)	_____
n° di iscrizione alla Camera di Commercio	_____
n° posizione assicurativa (INAIL)	_____
Codice fiscale della ditta	_____
Partita IVA edella ditta	_____

Sede sociale dell'azienda	Comune	_____
	Via e n° civico	_____
	C.a.p.	_____ Telefono _____

Tipo di attività svolta	_____
--------------------------------	-------

Località dello stabilimento o dei lavori	Comune	_____
	Via e n° civico	_____
	C.a.p.	_____ Telefono _____

Numero dei dipendenti:	Operai _____	Impiegati _____	Apprendisti _____
-------------------------------	--------------	-----------------	-------------------

Segnalare il motivo della vidimazione fra i seguenti:

- azienda di nuova costituzione
- esaurimento del precedente registro infortuni
- trasformazione di azienda già costituita
- altri motivi (specificare) _____

Il sottoscritto allega alla presente scheda il bollettino di versamento di 18€ effettuato sul c.c.postale n°95746889 intestato ad ASM – S.P.P.I.L.L. - V. Montescaglioso s.n. - 75100 Matera. Causale: "Vidimazione del Registro Infortuni".

Matera, lì _____

Il Datore di lavoro
(timbro e firma)

da compilarsi a cura del U.O.C. P.P.I.L.L. :
Reg. infortuni vidimato in data _____ con il n° _____