

**RICHIESTA ADESIONE E DESIGNAZIONE DEL RAPPRESENTANTE DEI  
LAVORATORI PER LA SICUREZZA TERRITORIALE – R.L.S.T.**

Spett.le  
E.BI.TE.N.  
Via Olivetti, 17  
26013 Crema (CR)  
Tel: 0373/476054  
Fax: 0373/254957  
[info@ebiten.it](mailto:info@ebiten.it)  
[www.ebiten.it](http://www.ebiten.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di titolare/legale rappresentante dell'azienda  
\_\_\_\_\_ con sede legale a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CONSIDERATO CHE**

i lavoratori si sono riuniti in Assemblea il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per eleggere il Rappresentante dei  
Lavoratori per la Sicurezza, in riferimento a quanto previsto dall'art. 47 del D. Lgs. 81/08 e s. m. e i. e  
che nessuno di loro si è candidato per svolgere tale ruolo

**CHIEDE**

- di aderire all'EBITEN;
- la designazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale – R.L.S.T. ai  
sensi dell'art. 48 del D. Lgs. 81/08 e s. m. e i..

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Il Datore di Lavoro

\_\_\_\_\_  
Per presa visione del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione

Allegato: scheda azienda

## SCHEDA AZIENDA

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'azienda \_\_\_\_\_ con  
sede legale a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Codice cliente INAIL \_\_\_\_\_ Matricola INPS \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

altresì, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità i dati sotto riportati:

### Dati Aziendali

Denominazione: \_\_\_\_\_  
Sede legale: Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_ Codice ATECO \_\_\_\_\_ esercente l'attività di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CCNL applicato \_\_\_\_\_

### Dati occupazionali

Numero complessivo lavoratori: \_\_\_\_\_  
di cui:  
apprendisti: \_\_\_\_\_;  
operai/impiegati a tempo determinato: \_\_\_\_\_;  
operai/impiegati a tempo indeterminato: \_\_\_\_\_;  
quadri: \_\_\_\_\_;

dirigenti: \_\_\_\_\_;

altri contratti (specificare): \_\_\_\_\_.

### **Nominativi Addetti alla sicurezza nei luoghi di lavoro**

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione: \_\_\_\_\_

Primo Soccorso: \_\_\_\_\_

Antincendio: \_\_\_\_\_

Medico Competente: \_\_\_\_\_

Altre figure: \_\_\_\_\_

### **Documenti allegati alla SCHEDA AZIENDA**

- ✓ Visura Camerale;
- ✓ Copia documento identità del Legale Rappresentante;
- ✓ Copia verbale dell'Assemblea per l'elezione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza e per l'adesione al Fondo Formazienda;
- ✓ Copia della comunicazione al consulente del lavoro/commercialista/associazione di categoria di iscrivere l'azienda al Fondo Formazienda o copia del cassetto previdenziale dal quale si evince l'iscrizione al medesimo Fondo (reperibile dal consulente del lavoro/commercialista/associazione di categoria);

\_\_\_\_\_

Luogo, data

\_\_\_\_\_

Il Titolare/Legale Rappresentante

**Si allega copia documento d'identità in corso di validità**