

Modello di comunicazione da parte del datore di lavoro del nominativo del soggetto abilitato di cui il datore di lavoro si è avvalso, qualora siano decorsi inutilmente i 30 giorni dalla data di richiesta della verifica

**Carta intestata o timbro della Ditta richiedente,
completi dei dati fiscali**

All' Azienda Sanitaria

.....

Oggetto: Comunicazioni in merito al/alle attrezzature/e di lavoro
..... n. matr., n. fabbr.

Con riferimento alla Vs. nota prot. del, si comunica che, in accordo con quanto previsto dall'art. 3 comma 2 lett. a del D.M.11/04/2011, il nominativo del soggetto abilitato incaricato della verifica periodica è il seguente:

(Indicare nominativo e indirizzo del soggetto abilitato incaricato)

Il Titolare o Legale Rappresentante della Ditta

(timbro e firma)

Data _____

N.B. La presente denuncia va presentata alla sede ASL competente per territorio ove sono ubicate le attrezzature di lavoro oggetto della richiesta di verifica.