EUSERVICE

ELENCO LAVORATORI

Informazioni necessarie all'avviamento dell'attività di Sorveglianza Sanitaria obbligatoria secondo D.Lgs 81/08 e s.m.i.

Dati Ente			
Denominazione			
Indirizzo		Città	
Codice meccanografico		CIG	

Cognome Nome	Mansione	Codice fiscale	Orario di lavoro	Attrezzature utilizzate (Per ogni mansione inserire l'elenco delle attrezzature previste per lo svolgimento delle attività)

Luogo e data _____

Compilare (in formato digitale) la scheda in ogni sua parte ed inviare a
medicocompetente@euservice.it

Cognome Nome	Mansione	codice fiscale	Orario di lavoro	Attrezzature utilizzate (Per ogni mansione inserire l'elenco delle attrezzature previste per lo svolgimento delle attività)

Luogo e data _____

Compilare (in formato digitale) la scheda in ogni sua parte ed inviare a
medicocompetente@euservice.it