EUSERVICE

ELENCO LAVORATORI

Informazioni necessarie all'avviamento dell'attività di Sorveglianza Sanitaria straordinaria

Dati Ente			
Denominazione			
Indirizzo		Città	
Codice meccanografico		CIG	

Cognome Nome	Mansione	Codice fiscale	Orario di lavoro	Descrizione della mansione (Per ogni mansione inserire l'elenco delle attrezzature previste e la descrizione delle attività)

Luogo e data _____

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

EUSERVICE

Cognome Nome	Mansione	codice fiscale	Orario di lavoro	Descrizione della mansione (Per ogni mansione inserire l'elenco delle attrezzature previste e la descrizione delle attività)

Luogo e data _____

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