Cassa Edile
di mutualità e assistenza
della Provincia di Cagliari

Allegato C

## RICHIESTA ADESIONE
# CONVENZIONE SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA

### *DATI IMPRESA*

| |
|---|
| *Denominazione o Ragione sociale dell'impresa* |

| | | |
|---|---|---|
| *Via/Piazza* | *Città* | *C.A.P. – Provincia* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *E.Mail* | *Tel.* | *Fax.* | *Pos. Cassa Edile* |

| | |
|---|---|
| *P.IVA* | *Cod. Fisc.* |

### *DATI DATORE DI LAVORO*

| |
|---|
| *Nominativo datore di lavoro o rappresentante legale* |

| | |
|---|---|
| *Luogo di nascita* | *Data di nascita* |

| | |
|---|---|
| *Cellulare* | *Cod. Fisc.* |

### *SEDE DI LAVORO*

| |
|---|
| *Indirizzo cantiere* |

| | |
|---|---|
| *Città* | *C.A.P. – Provincia* |

Data _____

Il datore di lavoro

_____

### *SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE*

| | |
|---|---|
| / | |
| *Data/Ora Prenotazione visite mediche* | *N° lavoratori da visitare* |

| |
|---|
| |
| *Timbro e firma approvazione del C.P.T.* |

***Note*** *-I lavoratori che dovranno sottoporsi agli accertamenti sanitari, dovranno presentarsi:*

- ☐ *A digiuno;*
- ☐ *Con campione urine;*
- ☐ *Libretto vaccinazione antitetanica;*