

ORGANISMO PARITETICO PROVINCIALE STUDI PROFESSIONALI
COSTITUITO AI SENSI DELL'A.I. 18.11.1996 E D.LGS. 626/94 E D.LGS. 81/08

- RICHIEDA CORSO DI **BASE 32 h** RAPPRESENTANTE LAVORATORI (RLS)
 RICHIEDA CORSO DI **AGGIORNAMENTO** RAPPRESENTANTE LAVORATORI (RLS)
 RICHIEDA NOMINA RAPPRESENTANTE LAVORATORI SICUREZZA **TERRITORIALE** (RLST)

Azienda _____	
Indirizzo _____	Comune _____
Tel. _____	Fax _____
C.C.N.L. : <input type="checkbox"/> Terziario/Servizi /Turismo <input type="checkbox"/> Enti Locali <input type="checkbox"/> Sanità Pubblica e privata	
<input type="checkbox"/> Industria	<input type="checkbox"/> Artigiani <input type="checkbox"/> Studi Professionali <input type="checkbox"/> COOP
Associata: <input type="checkbox"/> ASCOM <input type="checkbox"/> U.P.I. <input type="checkbox"/> G.I.A. <input type="checkbox"/> C.N.A. <input type="checkbox"/> A.P.L.A. <input type="checkbox"/> COOP. <input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Non associata ad alcuna organizzazione	
Settore produttivo / Attività svolta _____	
Tipo di produzione _____	
Dipendenti n. _____	

~~4) NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LAVORATORI SICUREZZA (R.L.S.)~~

~~Nominativo R.L.S. _____ nato il _____~~

~~Indirizzo _____ Comune _____~~

~~Tel. _____ cell. _____ e-mail: _____~~

~~Titolo di studio _____~~

~~Inquadramento _____ Mansione professionale _____~~

~~Anzianità al servizio: in azienda _____ nel settore _____ Data elezione _____~~

Nel rispetto del Decreto legislativo n. 196/2003, l'indirizzo e-mail e tutti i dati comunicati saranno utilizzati, dal Servizio informativo rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, per informarla sulle principali novità offerte dal servizio stesso e non saranno oggetto di comunicazione e diffusione a terzi.

Acconsento al trattamento dei dati

Data _____

Firma _____

barrare la scelta

Inviare il modulo al seguente numero di fax 0521/297604
Compilato integralmente nel modo indicato, diversamente non può essere utilizzato

Istruzioni

*A partire da ottobre 2015, le aziende che usufruiranno della **R.L.S.T.**, (anziché nominare un rappresentante interno) dovranno versare in un apposito fondo denominato*

RLST Parma

*un contributo pari allo **0,30%**, calcolato sul salario lordo imponibile (contributivamente) di ciascun dipendente in forza, sul conto corrente presso:*

UniCredit SPA. Parma Caduti del Lavoro

IBAN IT07 M 02008 12702 000102749767

Il contributo va pagato per l'anno in corso entro il 28/02 sulle retribuzioni effettive erogate nell'anno precedente, sulla base dell'autoliquidazione INAIL.