

**RICHIESTA DI ADESIONE  
AL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

**DATI IMPRESA**

Denominazione o ragione sociale impresa

Via/Piazza

Città

C.A.P. – Provincia

E.Mail

Tel.

Fax.

Pos. Cassa Edile

P.IVA

Cod. Fisc.

Nominativo datore di lavoro o legale rappresentante

Luogo di nascita

Data di nascita

Cellulare

Cod. Fisc.

**DATI PER FATTURAZIONE ELETTRONICA**

PEC

CODICE DESTINATARIO

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto e ricevuto copia dell'informativa sul trattamento dei dati personali, anche particolari, redatta ai sensi del Regolamento UE/2016 n. 679 allegata alla presente domanda e sempre disponibile sul sito internet della Cassa Edile.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del datore di lavoro)

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

- A digiuno;
- Con campione urine nell'apposito contenitore;
- Con libretto vaccinazione antitetanica.