

Al CEFMECTP di Roma e provincia
inviare a e-mail m.trinetti@cefmectp.it
oppure fax n. 06/86218190
o consegna a mano ns. sede
o tramite posta ordinaria

**MODULO DI RICHIESTA
SORVEGLIANZA SANITARIA**

La scrivente Impresa

con sede in

CAP *Comune di* *Prov.*

tel. *Fax* *e-mail*

Codice Fiscale *Partita IVA*

Impresa iscritta alla Cassa Edile di Roma e provincia con il n. _____

**CHIEDE
LA SORVEGLIANZA SANITARIA IN CONFORMITÀ DELLE NORME DISPOSTE
DAL DECRETO LEGISLATIVO 81/2008**

A tal fine questa impresa trasmette con nota acclusa alla presente richiesta:

1. I luoghi di lavoro ove attuare la sorveglianza sanitaria, specificandone per ognuno di essi la tipologia produttiva (se cantiere o deposito o sede amministrativa) e la relativa ubicazione.
2. L'elenco nominativo dei propri dipendenti da sottoporre a controllo sanitario indicando per ognuno di essi nome, cognome, data di nascita, mansione, livello di inquadramento e data di assunzione.
3. Copia ultimo versamento mensile alla Cassa Edile di Roma e provincia.
4. Nominativo e recapito telefonico del referente con cui prendere contatto per l'organizzazione del servizio.

Questa impresa dichiara la sussistenza della regolarità contributiva presso la Cassa Edile di Roma e provincia dei propri dipendenti da sottoporre a sorveglianza sanitaria.

Rimaniamo in attesa della designazione del medico competente da nominare ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008.

L'impresa si impegna a pagare le competenze alla Struttura Sanitaria incaricata dal CEFMECTP per il servizio richiesto, l'acconto del 50% del dovuto calcolato in via preventiva contestualmente all'invio della nomina del Medico Competente alla Struttura Sanitaria, il saldo del 50% contestualmente al ritiro delle certificazioni (copia del prezzario è disponibile presso il sito www.cefmectp.it)

Tutte le informazioni sono indispensabili; ove illeggibili o incomplete, la Vostra richiesta sarà ritenuta nulla.

Si invitano gli interessati a consultare periodicamente il sito web del CEFMECTP di Roma e provincia (www.cefmectp.it) per eventuali circolari e/o comunicazioni. Avendo preso visione dell'informativa ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e del Regolamento GDPR EU n. 2016/679 (privacy), interamente riportata sul sito www.cefmectp.it, autorizzo il CEFMECTP di Roma e provincia al trattamento dei dati.

Rev. 3 del 13/09/2019

Timbro e Firma

Roma, ____/____/____

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'IMPRESA (da compilare solo in caso di rinnovo annuale)

Impresa _____

posizione Cassa Edile di Roma e provincia n° _____

struttura sanitaria assegnata _____

Che giudizio date del servizio fornitovi dalla struttura sanitaria?

insufficiente – sufficiente – buono – ottimo

L'appuntamento per la sorveglianza sanitaria vi è stato dato in tempo utile?

si – no

Siete soddisfatti dei tempi di consegna della documentazione sanitaria?

si – no

Al rinnovo del servizio gradireste la riconferma della stessa struttura sanitaria?

si – no

eventuali note _____

L'IMPRESA
(TIMBRO E FIRMA)

Rev. 3 del 13/09/2019

Organismo Paritetico ai sensi dell'articolo 2 - lettera ee - del D.Lgs 81/2008 - Ente accreditato presso la Regione Lazio con Determinazione n. D2346 del 30/07/2009 per l'orientamento, le utenze speciali, la formazione continua e superiore - Ente accreditato per i servizi per il lavoro con Determinazione n. G14336 del 09/11/2018 - Ente autorizzato a svolgere corsi privati non finanziati ai sensi del Titolo V della Legge Regionale 23/92 - Ente accreditato avvisi conto di sistema FONDIMPRESA - Ente accreditato CERTIPORT - Ente iscritto all'Anagrafe Nazionale delle Ricerche n. E0790YXY - Borsa Lavoro Edile Nazionale (BLEN.IT) - Rilascio Asseverazione - Ente appartenente alla rete Nazionale FORMEDIL e CNCPT.