

**Spett.le**  
**Organismo Paritetico Provinciale**  
**Sicurezza sul Lavoro di Pescara**  
**Mail: [rlst.terziario@ebcmpescara.it](mailto:rlst.terziario@ebcmpescara.it)**

**Oggetto: Adesione al servizio RLST**

DENOMINAZIONE AZIENDA			
REFERENTE AZIENDA da contattare	Tel.	mail	
SEDE	Via	comune	
RECAPITI AZIENDA	Tel.	mail	
CODICE FISCALE		P.IVA	
MATRICOLA INPS		MATR.INAIL	
ATTIVITA' SVOLTA			
CODICE ATECO			
NUMERO LAVORATORI			
CONTRATTO APPLICATO AI DIPENDENTI: CCNL TERZIARIO COMMERCIO E DISTRIBUZIONE			

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ titolare/legale rappresentante della suddetta azienda, premesso che all'interno dell'organico aziendale non è stato nominato un Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS),

COMUNICA

**di voler aderire al servizio gratuito di Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale (RLST)**, ai sensi degli art. 47 e 48 del D.Lgs 81/2008, promosso dall'Organismo Paritetico Provinciale per la Sicurezza sul Lavoro della Provincia di Pescara.

In attesa di vostro gentile riscontro, si porgono distinti saluti.

Luogo e data

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_