



Ente Bilaterale del Terziario Toscano

Adesione Organismo Paritetico Territoriale - OPT Provincia di

Il sottoscritto titolare e/o legale rappresentante
dell'impresa.....P.IVA.....
C.F. con sede in
via e unità locale in (se diversa da sede
legale)..... via tel.cell.....
fax.....email.....
esercente l'attività di
N° soci.....
N° addetti (dipendenti e collaboratori familiari, soci lavoratori).....
CCNL applicato

con la presente

intende aderire all'Organismo Paritetico Territoriale (OPT) per assolvere ai compiti ad esso
demandati dall'ex D.Lgs. 626/96, dall'Accordo Interconfederale 18/11/1996 e dal D.Lgs 81/08, ed in
particolare nomina il Rappresentante Territoriale dei Lavoratori per la Sicurezza (RLST).

La presente adesione avrà valore fino al 31/12/2025.

Data

L'Impresa
Timbro/Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali e/o anagrafici inseriti nel presente modulo ai sensi
dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati
personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data

L'Impresa
Timbro/Firma
