

**Richiesta di rimborso per
Documento Valutazione dei Rischi (DVR)
Certificazioni UNI EN ISO
Piano HACCP**

(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome				Nome			
Nato a	()	il		C.F.			
Indirizzo				CAP		Comune	()
CCNL				Qualifica			
Tel	cellulare				e-mail		

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale							
Partita IVA				Codice Fiscale			
Indirizzo				CAP		Comune	()
Tel	FAX				e-mail		
Referente aziendale							
				Settore/attività			

Visti:

- Art. 17 del D. Lgs. 81/08 che regolamenta gli obblighi del datore di lavoro non delegabili;
- Art. 28 del D. Lgs 81/08 che regolamenta l'oggetto della valutazione dei rischi;

Il sottoscritto _____ legale rappresentante dell'azienda _____ di cui al punto 1, essendo a conoscenza degli articoli sopra indicati, chiede il rimborso all'Ente Bilaterale Veneto FVG per

- la redazione del Documento di Valutazione dei Rischi;
- la certificazione UNI EN ISO _____ (specificare certificazione).
- Piano di HACCP

Si allega:

- Fattura con oggetto "redazione DVR"/ente certificatore/piano HACCP
- Frontespizio DVR con evidenza data certa
- Carta d'identità del legale rappresentante dell'azienda

Data _____

Firma _____

Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:

Banca	Agenzia																											
CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)																												

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui all'artt. 13,14,15,16,17,18,19,20, 21,22 Reg Eu. 2016/679 esprime il consenso F.V.G. e/o delle società o organizzazioni legate alla Confesercenti per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale Veneto F.V.G., in qualità del Titolare del Trattamento, mail info@ebvenetofvg.it, nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

Ha sempre diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524> E' stato nominato il DPO contattabile al seguente indirizzo mail dpo@ebvenetofvg.it

- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività dell'EBVF ≤SI ≤NO

- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento ≤SI ≤NO

Firma _____