

**DOMANDA****per la riduzione del tasso medio di tariffa ai sensi dell' art. 20 delle Modalità di applicazione  
delle Tariffe dei premi****- AZIENDE NON A RISCHIO DI INCIDENTE RILEVANTE -****SCHEDA INFORMATIVA GENERALE**

Denominazione o ragione sociale:

Codice ditta:

Codice Sede territoriale INAIL:

Unità produttiva (luogo dei lavori):  
Indirizzo

CAP Città

N.P.A.T.:

Numero fogli allegati (eventuale):

Ciclo produttivo

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ della Ditta sopra indicata

**CHIEDE**

la riduzione del tasso medio di tariffa prevista dall'articolo 20 delle Modalità per l'applicazione delle Tariffe dei premi approvate con decreto ministeriale 12 dicembre 2000.

a tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 26 della Legge 4 gennaio 1968, n.15, e dell'art. 11 del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che la riduzione sarà annullata nel caso in cui il provvedimento sia stato adottato sulla base di dichiarazioni non veritiere

**DICHIARA**

che nei luoghi di lavoro di cui alla presente domanda sono rispettate tutte le norme vigenti in materia di prevenzione infortuni e di igiene del lavoro ed in particolare che:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | la valutazione dei rischi è stata effettuata in conformità della normativa vigente       |
| <input type="checkbox"/> | gli ambienti di lavoro sono dotati di agibilità ed abitabilità                           |
| <input type="checkbox"/> | le macchine e le attrezzature sono conformi alla normativa vigente                       |
| <input type="checkbox"/> | la segnaletica di sicurezza è regolarmente affissa                                       |
| <input type="checkbox"/> | le uscite di emergenza sono perfettamente utilizzabili in caso di necessità              |
| <input type="checkbox"/> | i lavoratori sono sottoposti ai previsti accertamenti sanitari preventivi e periodici    |
| <input type="checkbox"/> | i lavoratori ed il rappresentante per la sicurezza hanno ricevuto un'adeguata formazione |
| <input type="checkbox"/> | l'azienda ha definito un piano di emergenza ed evacuazione dei lavoratori                |

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Tutela dei dati** - Si informa, ai sensi dell'art. 10 della legge 31/12/1996 n.675 che i dati di cui alla presente richiesta saranno trattati dall'istituto per finalità statistiche, per l'invio di materiale informativo ovvero per adempimenti di legge e/o disposizioni di organi pubblici. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.13, comma 1, della citata legge scrivendo a: INAIL, Piazzale G. Pastore n.6, 00144 Roma.