# DOMANDA RIMBORSO QUOTA RLST

c/o OPRAM - Organismo Paritetico - Via Primo Maggio 142/C - 60131 Ancona - fax 071 2916286 - quotarlst@opramsicurezza.org

Spett.le EBAM-FSR
via 1° Maggio 142/c
60131 Ancona

Il sottoscritto _____ rappresentante legale della ditta _____

con sede in _____ CAP_____ via _____ tel. _____ fax _____

P.I. _____ C.F. _____ matricola INPS_____

presenta richiesta di rimborso della quota RLST versata nell'anno 2017, e contestualmente dichiara che il RLSA di riferimento non è socio di società, né associato in partecipazione e né collaboratore familiare così come previsto dall'Accordo Interconfederale del 13 settembre 2011, che al 31 dicembre dell'anno per cui si fa richiesta l'azienda ha un organico aziendale ☐ fino a 15 lavoratori ☐ oltre 15 lavoratori

Allega, inoltre la seguente documentazione:

- Copia Verbale di elezione del RLSA sottoscritto dai lavoratori (e/o successive rielezioni);
- Attestato di frequenza al corso del RLSA ed eventuali aggiornamenti ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.
- Comunicazione del nominativo del RLSA inviata all'INAIL (ricevuta e progressivo richiesta telematica).

Il contributo relativo potrà essere versato presso la Banca _____

Codice IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**L'incompletezza e/o l'inesattezza di tutte le coordinate impedirebbe l'effettuazione del bonifico. Si richiede perciò la compilazione completa.**

Timbro e firma

_____ , lì _____

_____