

DOMANDA RIMBORSO QUOTA RLST

c/o EBAT – OSA – Via San Daniele Comboni, 13 – 38122 Trento – fax 0461/420746 – osa@ebat.tn.it

Spett.
EBAT-OSA
Via San Daniele Comboni, 13
38122 Trento

Il sottoscritto _____ rappresentante legale dell'azienda:

N. albo artigiani		N. matricola INPS		Partita IVA	
Ragione sociale					
Indirizzo					
Città				CAP	
Telefono				Fax	
E-mail			PEC		

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
- 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 rimborso 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**.

Luogo e data _____

Timbro e firma _____