

**MANCATA NOMINA  
DEL RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA**

I sottoscritti (indicare i nomi di tutti i lavoratori che partecipano alla scelta):

NOME	COGNOME

lavoratori dell'Azienda: \_\_\_\_\_  
sita in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

a seguito di informativa trasmessa da parte del datore di lavoro, in materia di elezione del rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza di cui all'art. 47 e ss. del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.

**Dichiarano di AVER DECISO ALL'UNANIMITÀ**

di **NON VOLER ESSERE RAPPRESENTATI** né internamente né esternamente da un Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

In fede (*firma di tutti i lavoratori*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Timbro e Firma Datore Lavoro (*per presa visione e accettazione*)

\_\_\_\_\_

Il Datore di lavoro, si impegna a dare comunicazione all'INAIL e all'Ente **Bilaterale FormaSicuro Campania**, della scelta effettuata dai propri dipendenti e di ogni eventuale variazione, con le modalità previste dai due Enti.

Timbro e Firma Datore Lavoro

\_\_\_\_\_