**Dichiarazione di presa visione DELL’Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile**

|  |
| --- |
| ***Dati personali del lavoratore***  Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Luogo e data di nascita:  C.F. |
|  |
| Il sottoscritto Sig. *NOME COGNOME* dichiara di aver ricevuto l’informativa sulla SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO AGILE. | |

Firma leggibile