**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