



Consulente del lavoro o Commercialista di riferimento _____

Coordinamento : Vittorio Busdraghi vb@imparaora.it Data ___ / ___ / _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:			
Compilare con una "X" la casella (Si/No/Non so) corrispondente all'effettiva situazione aziendale. E' così possibile fare una prima verifica della normativa sulla sicurezza all'interno dell'azienda. Spedire via FAX a Imparaora al numero 050754738			
DITTA			
INDIRIZZO			
CAP	COMUNE		PROV.
TEL.	FAX.	E-MAIL	
ATTIVITÀ			N°ADDETTI
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)			SI
È svolto dal Datore di Lavoro ed ha fatto il corso RSPP di 16 ore con attestato			NO
È svolto da un Dipendente			
È svolto da un personale esterno - Consulente			
Non è stato nominato			
Non so			
FORMAZIONE OBBLIGATORIA ANTINCENDIO E PRIMO SOCCORSO			SI
Il titolare o i dipendenti hanno svolto il Corso Antincendio (4/8/12 ore) con attestato			NO
Il titolare o i dipendenti hanno svolto il Corso Primo Soccorso (12 ore) con attestato			
Non so			
VALUTAZIONE DEI RISCHI			SI
È presente l'Autocertificazione dei Rischi			NO
È presente un documento di Valutazione dei Rischi aggiornato			
Non so			
NOMINA DEL RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI (RLS) E DEGLI ADDETTI			SI
È presente un rappresentante eletto dai Lavoratori e comunicato all'INAIL			NO
È presente un rappresentante di bacino (per aziende fino a 15 dipendenti)			
È stato fatto il corso di aggiornamento (4/8 ore) al 31/12/2008			
Non so			
NOMINA DEL MEDICO DEL LAVORO			SI
La ditta è soggetta a Sorveglianza Sanitaria			NO
La ditta ha nominato il medico competente			
Non so			
FORMAZIONE E INFORMAZIONE			SI
Il datore di Lavoro o incaricati hanno svolto attività di informazione ai lavoratori			NO
Viene svolta attività di formazione ai nuovi assunti e agli apprendisti			
Non so			