

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale n. _____

OGGETTO: Svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dai rischi ai sensi dell'art. 10 del D.L.vo 626/94.

Il sottoscritto _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n° _____
In qualità di datore di lavoro della ditta _____
Esercente _____
Con sede a _____ Via _____ n° _____

Telefono _____ Fax _____

Comunica

Di svolgere direttamente i compiti propri del servizio di prevenzione e protezione dei rischi richiamati nell'art. 9 del D.L.vo 626/94.

Dichiara di possedere le capacità per svolgere correttamente tali compiti in quanto a conoscenza:

- dei rischi relativi alle materie prime utilizzate, prodotti intermedi della lavorazione e prodotti finali.
- dei rischi connessi con le lavorazioni effettuate nelle varie fasi del ciclo di lavorativo.
- dei rischi derivanti dall'uso delle macchine e degli impianti utilizzati.
- dei rischi e delle lavorazioni per le quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria;
- delle misure preventive e protettive per la sicurezza e la salubrità degli ambienti, nel rispetto della normativa vigente;
- delle attività e processi che richiedono l'elaborazione di procedure di sicurezza;
- dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori in riferimento alle attività svolte.

Dichiara altresì di avvalersi, per lo svolgimento di tali compiti, della collaborazione/consulenza di:

Dichiara di aver proceduto agli adempimenti di cui all'art. 4, commi 1, 2 e 3
ovvero(barrare la voce che interessa)

Dichiara di aver proceduto agli adempimenti di cui all'art. 4, commi 1 e 11

Comunica che il **fenomeno infortunistico** negli ultimi tre anni è così sintetizzabile:

Anno	Lavoratori anno (1)	Ore lavorate (2)	Numero infortuni (3)	Durata totale (4)	Indice di incidenza (5)	Indice di frequenza (6)	Indice di gravità (7)
199...							
199...							
199...							

Legenda

- (1) Media aritmetica tra il numero dei lavoratori in forza al 1° gennaio e quello dei lavoratori in forza al 31 dicembre dell'anno.
- (2) Totale delle ore lavorate nell'anno.
- (3) Solo quelli che hanno comportato un'assenza dal lavoro superiore a 3 giorni (compreso quello dell'infortunio stesso) e che, ai sensi dell'art.4, comma 5, lettera o), del D.Lgs 626/94 devono essere annotati nell'apposito registro.
- (4) Totale delle giornate complessive di assenza dal lavoro per gli infortuni di cui al punto (3).
- (5) Calcolata secondo la formula: n. infortuni x 1000/n. lavoratori anno.
- (6) Calcolato secondo la formula: n. infortuni x 1.000.000/n. ore lavorate.
- (7) Calcolato secondo la formula: n. gg. di durata totale x 1.000/n. ore lavorate.

Le cause più frequenti di infortunio sono state le seguenti:

Comunica che le denunce di **malattia professionale** nel corso degli ultimi tre anni sono state complessivamente (N.) _____ come conseguenza di:

Allega **attestato di frequenza** al corso di formazione in materia di igiene e sicurezza sul lavoro (obbligatorio dal 1/1/97)

Data ___/___/_____

Il Titolare / Rappresentante legale della ditta

Il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza Sig. _____

è stato informato in data: ___/___/_____

Per conferma dell'avvenuta informazione
Il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza
