

VERBALE DI RIUNIONE PERIODICA PER LA PREVENZIONE E PROTEZIONE DAI RISCHI

(art. 35, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.)

Il giorno ___ / ___ / _____ alle ore ___:___ c/o la sede dell'Azienda _____
sita a _____ in via _____ n° _____
si è svolta la riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi, ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. 81/2008.

Hanno partecipato alla riunione i signori:

1. _____ in qualità di Datore di Lavoro
2. _____ in qualità di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
3. _____ in qualità di Medico Competente
4. _____ in qualità di Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
5. _____ in qualità di _____
6. _____ in qualità di _____

Nel corso della riunione il datore di lavoro ha sottoposto all'esame dei partecipanti:

- A. Il documento di valutazione dei rischi;**
- B. L'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria;**
- C. I criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale;**
- D. I programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute;**
- E. Gli obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva.**

Si riportano di seguito, per ogni argomento discusso, le osservazioni scaturite durante la riunione ed eventuali azioni concordate.

A. Il documento di valutazione dei rischi:

B. L'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria:

C. I criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale:

Sicurezza Lab S.r.l. P.I. 06206380823

Sede Legale: Via P.Pe Umberto, 48 - 90047 Partinico (PA)

Sedi Operative: Via Giotto, 78 - 90145 Palermo / Via Romolo, 17 - 90047 Partinico (PA)

Info: +39-3889310679 / +39-3385706379 / 0912526163

D. I programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute:

E. Gli obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva:

Altro:

La riunione si chiude alle ore ____: ____

Firme dei partecipanti:

Datore di Lavoro

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

Medico Competente

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

