

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA
INFORMAZIONE
SULLA SICUREZZA E SALUTE SUL LUOGO DI LAVORO

Si dichiara, ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i, e della normativa relativa alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro, che:

in occasione dell'inizio della collaborazione

variazione di: attività/mansioni rischio

il/i giorno/i (gg/mm/aa) _____

il/la Sig./Sig.ra _____ mansione _____ reparto _____

- è stato/a informato/a in merito a:

- Rischi connessi all'attività della struttura; normative e disposizioni in materia
- Pericoli, rischi specifici e collaterali, cui è esposto con riguardo all'attività svolta
- Misure e attività di prevenzione e protezione adottate
- Procedure di funzionamento del sistema o attrezzatura fonte di rischio
- Pericoli derivanti da sostanze e preparati pericolosi; schede di sicurezza e norme di buona tecnica
- Dispositivi di protezione individuale specifici necessari per l'attività svolta
- Aree ad accesso regolamentato e limiti di esposizione
- Modalità di intervento in caso di pronto soccorso, lotta antincendio e di evacuazione e nominativo degli operatori specificamente incaricati nella struttura

con particolare riguardo ai seguenti fattori di rischio: (barrare i riquadri che interessano)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> agenti cancerogeni
mutageni | <input type="checkbox"/> agenti chimici | <input type="checkbox"/> agenti biologici | <input type="checkbox"/> rumore |
| <input type="checkbox"/> vibrazioni | <input type="checkbox"/> incendio ed esplosione | <input type="checkbox"/> rischio elettrico | <input type="checkbox"/> uso di videoterminali |
| <input type="checkbox"/> campi elettromagnetici | <input type="checkbox"/> radiazioni UV | <input type="checkbox"/> radiazioni non ionizzanti | <input type="checkbox"/> radiazioni ionizzanti |
| <input type="checkbox"/> macchine / utensili | <input type="checkbox"/> scale portatili | <input type="checkbox"/> movimentazione manuale
dei carichi | <input type="checkbox"/> DPI |
- rischi apparecchiature speciale (specificare) _____
- altro (specificare tipologia di rischio e/o attività) _____

È stato consegnato il seguente materiale informativo:

- _____
- _____
- _____
- _____

Data _____

Firma del lavoratore

Firma del datore di lavoro