Timbro/Carta intestata azienda

All' AGENZIA REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO

(ARPAL) – REGIONE PUGLIA Ufficio Inserimento Mirato Disabili – Ambito provinciale di BARI BRINDISI BAT **FOGGIA LECCE TARANTO** П Scheda di rischio lavorativo con sede legale in _____ La ditta_____ (prov._____) Via _____ Tel.______e-mail_____ esercente l'attività di Descrizione sintetica delle mansioni svolte dalla persona disabile RISCHI LAVORATIVI CONNESSI ALLA SPECIFICA MANSIONE **RISCHIO SPECIFICARE DESCRIZIONE** SI NO П П Movimentazione manuale dei carichi Esposizione ad intemperie alte o basse temperature Rumore (specificare il Lep. d) Utilizzo di videoterminali Utilizzo di strumenti vibranti Radiazioni ionizzanti

Mod.10.1_ SCHEDA DI RISCHIO LAVORATIVO

Esposizioni a polveri			
Sostanze chimiche utilizzate			
Rischio biologico			
Rischio da carichi pendenti, macchine semoventi, di precipitazione			
Macchine utensili			
Attrezzature utensili			
Altri rischi non elencati			
Per i rischi connessi alla specifica mansione lavorativa il lavoratore è soggetto a sorveglianza sanitaria? (visite mediche preventive e periodiche da parte del medico competente)			
Data	TIMBRO F FIRMA	DEL DATOR	RE DI LAVORO ¹
	TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO¹		

¹ La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000