**INFORMAZIONI GENERALI**

**ELENCO MODULISTICA**

1. Comunicazione da apporre in bacheca aziendale per informare i lavoratori della possibile figura di RLS
2. Verbale di elezione del RLS
3. Anagrafica RLS
4. Lettera d’incarico al dipendente per il ruolo di RSPP
5. Incarico RSPP ad esterno alla azienda
6. Anagrafica RSPP
7. Incarico al Medico competente
8. Anagrafica Medico
9. Anagrafica addetti Emergenze: Lotta Antincendio, Primo soccorso ed evacuazione
10. Consegna DPI
11. Verbale avvenuta informazione e formazione dipendenti
12. Verbale riunione periodica
13. Raccomandata per Asl ed ispettorato in due versioni: svolgimento diretto da parte del Datore di lavoro o svolgimento indiretto
14. Scheda rilevazione rumore autocertificazione

**COMUNICAZIONE A TUTTI I LAVORATORI**

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall’art. 47 del d.lgs 81/08

**si evidenzia la facoltà**

per i lavoratori dipendenti di questa farmacia di eleggere al proprio interno il

**RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA**

Si invita in tal caso il personale a voler comunicare il nominativo del soggetto eventualmente eletto.

30/04/2009

Firma del datore di lavoro

---------------------------------

**ELEZIONE DEL RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA**

L'assemblea dei lavoratori della Ditta riunitasi in data ha nominato il Sig. nato il a

residente a dipendente della Ditta dal , **Rappresentante dei lavoratori** in ottemperanza ai disposti del Dlgs 81/08.

Il rappresentante dei lavoratori:

* accede ai luoghi di lavoro in cui si svolgono le lavorazioni;
* è consultato preventivamente tempestivamente in ordine alla valutazione dei rischi e alla programmazione della prevenzione;
* è consultato sulla designazione degli addetti al servizio di prevenzione e

protezione, sulla prevenzione incendi, pronto soccorso, evacuazione, organizzazione della formazione;

* riceve le informazioni aziendali su preparati pericolosi, macchine, impianti, ecc.;
* riceve le informazioni provenienti dai servizi di vigilanza (verbali USSL, prescrizioni, ecc.);
* riceve una formazione adeguata;
* promuove l'individuazione, l'elaborazione e l'attuazione delle misure di prevenzione;
* partecipa alle riunioni periodiche;
* fa proposte in merito all'attività di prevenzione;
* avverte il responsabile dell'azienda dei rischi individuati;
* può fare ricorso alle Autorità competenti se ritiene che le misure adottate dall'azienda non siano adeguate.

Il Rappresentante dei lavoratori dispone del tempo necessario allo svolgimento dell'incarico (senza perdita di retribuzione) e dei mezzi necessari per l'esercizio delle sue funzioni.

# FIRME DEI LAVORATORI:

Nome:

Cognome:

# Durata delle responsabilità:

Data inizio:

Data fine:

Indirizzo:

Cap:

Città:

Telefono (casa):

Telefono (ufficio):

Data,

Timbro e firma datore di lavoro

Per accettazione:

(Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza):

Il sottoscritto in qualità di titolare / legale rappresentante della ditta

# INCARICA

il Sig. , in qualità di dipendente dell’azienda ad assumere la Responsabilità del Servizio di Prevenzione e Protezione per la ditta

e a svolgere per essa i seguenti compiti e

attività:

* elaborazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi e definizione dei sistemi di protezione e relativi sistemi di controllo delle misure
* definizione di procedure di sicurezza in relazione alle diverse attività aziendali
* proposta di programmi di formazione e informazione dei lavoratori
* partecipazione alle consultazioni in tema di tutela, salute e sicurezza
* informazione ai lavoratori (sui rischi, compresi quelli specifici; misure di prevenzione e protezione; pericoli connessi all’uso di sostanze e preparati pericolosi; procedure di pronto soccorso, lotta antincendio, evacuazione; nominativo del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, del Medico Competente, dei lavoratori incaricati dell’attuazione delle misure di pronto soccorso, salvataggio, prevenzione e lotta antincendio, gestione dell’emergenza)

Data,

Timbro e firma datore di lavoro

Per accettazione:

(Responsabile Servizio Prevenzione e protezione)

Il sottoscritto in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta

# INCARICA

il Sig. , in qualità di consulente esterno ad assumere la Responsabilità del Servizio di Prevenzione e Protezione della ditta

e a svolgere per essa i seguenti compiti e attività:

* elaborazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi e definizione dei sistemi di protezione e relativi sistemi di controllo delle misure
* definizione di procedure di sicurezza in relazione alle diverse attività aziendali
* proposta di programmi di formazione e informazione dei lavoratori
* partecipazione alle consultazioni in tema di tutela, salute e sicurezza
* informazione ai lavoratori (sui rischi, compresi quelli specifici; misure di prevenzione e protezione; pericoli connessi all’uso di sostanze e preparati pericolosi; procedure di pronto soccorso, lotta antincendio, evacuazione; nominativo del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, del Medico Competente, dei lavoratori incaricati dell’attuazione delle misure di pronto soccorso, salvataggio, prevenzione e lotta antincendio, gestione dell’emergenza)

Data,

Timbro e firma datore di lavoro

Per accettazione:

(Responsabile Servizio Prevenzione e protezione)

Nome:

Cognome:

# Durata delle responsabilità

Data inizio:

Data fine:

Indirizzo:

Cap:

Città:

Telefono (casa):

Telefono (ufficio):

Data,

Timbro e firma datore di lavoro:

Per accettazione:

(Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione)

Il sottoscritto

in qualità di

della società

con sede legale in

# NOMINA MEDICO COMPETENTE

il Sig.

in qualità di:

* Libero professionista
* Dipendente della società
* Dipendente struttura pubblica o privata

dal al

che si assume la responsabilità dei seguenti incarichi e attività:

1. effettuazione degli accertamenti sanitari (sia preventivi sia periodici)
2. definizione dei giudizi di idoneità dei lavoratori alla mansione
3. istituzione ed aggiornamento, sotto propria responsabilità, per ogni lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria, di una cartella sanitaria e di rischio
4. informazione ai lavoratori sugli accertamenti sanitari, sulla loro necessità e sui risultati
5. comunicazione dei risultati anonimi degli accertamenti sanitari al Rappresentante per la sicurezza
6. controllo di sicurezza e salubrità degli ambienti di lavoro, con visite a frequenza almeno biennale
7. effettuazione di visite mediche su richiesta dei lavoratori solo se giustificate sulla base di rischi professionali
8. partecipazione alla riunione periodica

Data

Timbro e firma

Per accettazione:

Cognome:

Nome:

Titolo in possesso:

Tipo di rapporto con la società:

# Durata dell’incarico:

Data inizio:

Data fine:

Indirizzo:

Cap:

Città:

Telefono:

Data,

Timbro e firma datore di lavoro

Per accettazione:

(Medico competente)

**ANAGRAFICA ADDETTO SQUADRA ANTINCENDIO, EVACUAZIONE E PRONTO SOCCORSO**

Cognome:

Nome:

# Durata delle responsabilità

Data inizio:

Data fine:

Indirizzo:

Cap:

Città:

Telefono (casa):

Telefono (ufficio):

Ruolo:

Data,

Timbro e firma datore di lavoro

Per accettazione:

(Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza)

Per accettazione:

(Addetto squadra antincendio, evacuazione, pronto soccorso)

**DPI IN DOTAZIONE AI DIPENDENTI**

Con la presente si informa il Sig. che le norme vigenti in materia di sicurezza sul lavoro prescrivono l’utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI).

Nello specifico vengono consegnati:

Tali dispositivi, conformi alle prescrizioni di legge, devono essere utilizzati nello svolgimento delle attività lavorative con particolare riguardo ai rischi connessi al tipo di attività svolta. A tale proposito rammentiamo che rimangono a disposizione per le necessarie consultazione la valutazione dei rischi aziendali e le specifiche istruzioni di lavoro.

Data

Firma del datore di lavoro

Firma del dipendente

**FORMAZIONE/INFORMAZIONE INTERNA**

# Cognome e nome del dipendente Firma

Argomento trattato:

Data

Firma del relatore

In data alle ore è stata effettuata la riunione periodica di prevenzione e protezione così come previsto dall’articolo 35 del Decreto Legislativo 81/08.

La riunione è stata indetta:

direttamente dal datore di lavoro

dal datore di lavoro tramite il Servizio di Prevenzione e Protezione

 dal Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza Alla presenza dei signori:

Sig. Datore di lavoro o suo rappresentante Sig. Responsabile del S.P.P.

Sig. Medico competente

Sig.

Rappresentante dei lavoratori

Il datore di lavoro ha sottoposto alla loro attenzione i seguenti temi:

1. Analisi del documento di valutazione dei rischi
2. Verifica dell’idoneità dei mezzi di protezione individuale (DPI)
3. Programmi di formazione e informazione dei lavoratori, ai fini della loro sicurezza e salute

(Altro: variazione rischi, introduzione nuove tecnologie, ecc.)



Dall’analisi degli argomenti trattati è emerso quanto segue:



Data

Firme dei partecipanti:

Timbro della ditta

# Tutela della salute nei luoghi di lavoro ASL N.

**Ispettorato del lavoro**

Oggetto: **Designazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale (RSPP) ai sensi degli artt. 31 e 32 del D.Lvo 81/08**

Il sottoscritto titolare/legale rappresentante della Ditta suindicata

# COMUNICA

che a far data dal il Sig. ricopre la funzione di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, in qualità di:

# dipendente interno

In tale funzione egli:

* esercita i poteri di direzione e vigilanza degli addetti al Servizio;
* garantisce il corretto ed effettivo espletamento dei compiti a cui il Servizio deve adempiere (art. 33 D.Lvo 81/08);
* partecipa alla riunione periodica di prevenzione dei rischi.

# DICHIARA

che il Sig. è in possesso dei seguenti titoli di studio:

si occupa di prevenzione infortuni ed igiene del lavoro dal

* è in possesso di attitudini e capacità adeguate a svolgere la funzione di Responsabile del servizio di prevenzione e protezione in quanto, oltre alla esperienza acquisita direttamente, ha frequentato corsi formativi specifici quali:
* allega inoltre il suo curriculum professionale.

Altre comunicazioni:

Data Firma del Titolare/Legale Rappresentante

*Il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza Sig*

*è stato informato in data*

*Per conferma dell’avvenuta informazione,*

*Firma del Rappresentante per la sicurezza*

**Dati identificativi della Ditta**

Ragione sociale:

Indirizzo e recapito telefonico:

Numero complessivo dei dipendenti:

Attività esercitata:

Codice ISTAT di attività economica (numero a 5 cifre):

Medico competente (se dovuto):

Timbro della ditta

# ASL di Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro

**Ispettorato del lavoro**

Oggetto: **Svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dai rischi ai sensi dell’art. 34 del D.Lgs 81/08.**

Il sottoscritto datore di lavoro della Ditta suindicata,

# COMUNICA

di svolgere direttamente i compiti propri del Servizio di Prevenzione e Protezione dei rischi richiamati nell’art. 34 del suddetto decreto.

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

* + Dei rischi per le materie prime utilizzate, prodotti intermedi della lavorazione, prodotti finali;
  + Dei rischi connessi con le lavorazioni effettuate nelle varie fasi del ciclo produttivo;
  + Dei rischi derivanti dall’uso delle macchine e degli impianti utilizzati per la produzione;
  + 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. 29:**

◊ Commi 1, 2 e 3 (valutazione dei rischi, stesura di un documento scritto

custodito in azienda);

◊ Commi 1 e 5 (valutazione dei rischi, autocertificazione della sua avvenuta effettuazione).

(barrare la voce che interessa)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anno | Lavoratori anno (1) | Ore lavorate (2) | Numero infortuni | Durata totale (3) |
| 200 |  |  |  |  |
| 200 |  |  |  |  |
| 200 |  |  |  |  |

Legenda:

* + 1. Media aritmetica tra il numero dei lavoratori in forza al 1 gennaio e quello in forza al 31 dicembre dell’anno.
    2. Totale delle ore lavorate nell’anno.
    3. Totale delle giornate complessive di assenza dal lavoro per gli infortuni di cui al punto (3).

Le cause più frequenti di infortunio sono state le seguenti:

* **Comunica che le denunce all’INAIL di malattia professionale nel corso degli ultimi tre anni sono state complessivamente (numero) , così distribuite:**

indicare il numero delle denunce per ogni malattia professionale (tre ipoacusie, due silicosi, et cetera …)

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

Altre comunicazioni:

Data Firma del Titolare/Legale Rappresentante

*Il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza Sig*

*è stato informato in data*

*Per conferma dell’avvenuta informazione,*

*Firma del Rappresentante per la sicurezza*

**Dati identificativi della Ditta**

Ragione sociale:

Indirizzo e recapito telefonico:

Numero complessivo dei dipendenti:

Attività esercitata:

Codice ISTAT di attività economica (numero a 5 cifre):

Medico competente (se dovuto):

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL’ESPOSIZIONE AL RUMORE

Ragione Sociale

Indirizzo

Attività esercitata dall’Azienda

Unità Produttiva di

Sorgenti prevalenti di rumore

Il sottoscritto in qualità di

**DICHIARA**

Sotto la sua personale responsabilità, quanto segue:

◊ In data è stata effettuata una valutazione dell’esposizione al rumore basata su elementi di oggettiva evidenza, ai sensi dell’ art. 40 previa consultazione

Sig.

Sig

◊ Nell’unità produttiva sono espletate le seguenti attività lavorative:

Data

Timbro e firma dell’Azienda

Firma dei rappresentanti dei lavoratori