

4) Medico del Lavoro competente

Nome del Medico del Lavoro Competente (se nominato)

5) Visite mediche obbligatorie

Vengono effettuati regolari controlli sanitari dei lavoratori mediante il medico del lavoro competente

se si con cadenza SI NO
annuale biennale altro

6) Dati Occupazionali relativi all'ultimo anno

Numero addetti _____ di cui numero dipendenti _____

7) Valutazione dei rischi

La valutazione dei rischi è stata effettuata nell'anno _____

dal datore di lavoro SI NO

8) In luogo della valutazione dei rischi è stata effettuata l'autocertificazione nell'anno

SI NO

9) Sono state effettuate altre valutazioni

rumore SI NO anno _____
chimici SI NO anno _____
incendio SI NO anno _____
cancerogeni SI NO anno _____
polveri SI NO anno _____

10) Formazione e informazione

Tutti i lavoratori attualmente in forza sono stati informati e formati ai sensi degli art. 36 e 37 T.U. 81/2008

SI NO
mediante corsi organizzati da EBAT SI NO

se no

allegare copia degli attestati di formazione di tutti i lavoratori e copia del programma e indicare le date di svolgimento dei corsi

11) Dispositivi di protezione individuale

Elenco dei dispositivi di protezione individuale consegnati ai dipendenti:

L'azienda conserva il documento di informazione sull'uso e di consegna dei dispositivi di protezione individuale

SI NO

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati da EBAT-OSA per le finalità strettamente connesse, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il sottoscritto potrà accedere ai dati che lo riguardano chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Il Responsabile del trattamento è il Direttore dell'EBAT.

Data _____ Firma _____