

MODULO DI INFORMAZIONE SUI RISCHI SUL POSTO DI LAVORO

per l'integrità e la salute del lavoratore e delle misure di prevenzione adottate (ai sensi degli artt. 33, comma 1, lett. c) e 35, comma 4 del D.lgs. 81/2015 ss.i.m. – Art. 40 CCNL per la categoria della agenzie di somministrazione di lavoro – D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni).



ALLEGATO A - CONTRATTO DI ASSUNZIONE E DI SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO N°

Impresa utilizzatrice _____
 Qualifica e Mansione lavoratore _____
 Sito produttivo/Stabilimento (sede effettiva di svolgimento dell'attività lavorativa) _____
 Soggetto Incaricato di fornire informazione/formazione su salute e sicurezza ⁽¹⁾ Sig. _____
 RSPP (Responsabile Servizi di Prevenzione e Protezione) Sig. _____
 Medico competente (se previsto) Dr. _____
 Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza (RLS) Sig. _____

L'utilizzatore dichiara di:

- aver effettuato la Valutazione dei rischi prevista dall'art. 17 D.lgs. 81/08 e s.m.i. e redatto il relativo Documento di Valutazione dei rischi (D.V.R. ex art. 28 D.lgs. 81/08) in data _____, (modificato/a in seguito in data _____);
- che l'organigramma della sicurezza di cui al D.lgs. 81/08 e s.m.i. è consultabile dal lavoratore presso la suindicata sede di svolgimento dell'attività lavorativa, di aver organizzato gli adempimenti necessari alla gestione delle emergenze.

Fattori di Rischio	SI	NO	Misure di Prevenzione DPI necessari	Obbligo di sorveglianza Sanitaria	
				SI	NO
Luoghi di lavoro (es. parametri minimi solidità e stabilità, solai, soppalchi, scaffalature, scale, ribaltamento/cedimento, cadute ed urti, ambienti confinati, ambienti sotterranei, inciampo e ostruzione percorsi di emergenza, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microclima Presenza impianti di condizionamento (legionella) Illuminazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavori in quota cadute dall'alto cadute in profondità attrezzature di sollevamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rischi di natura elettrica Impianti di servizio Lavori sotto tensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attrezzature di lavoro (es. infortuni di tipo meccanico: tagli, cesoiamento, schiacciamento, impigliamento, trascinarsi, urto, abrasione, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organi meccanici e mezzi di trasporto in movimento: (urto, investimento, schiacciamento per transito mezzi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzo Videoterminale (almeno 20 ore settimana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumore <input type="checkbox"/> >85 dB (A) <input type="checkbox"/> 80-85 dB (A) <input type="checkbox"/> <80 dB (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrazioni meccaniche Superiori valori d'azione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campi elettromagnetici <input type="checkbox"/> radiazioni ionizzanti <input type="checkbox"/> radiofrequenze RF <input type="checkbox"/> microonde MW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiazioni ottiche di origine artificiale ROA Superiori valori limite - art.215 D.lgs. 81/2008	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agenti Chimici e sostanze pericolose (es. polveri, fumi, gas, vapori, contatto cutaneo, ingestione, inalazione, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fattori di Rischio	SI	NO	Misure di Prevenzione DPI necessari	Obbligo di sorveglianza Sanitaria	
				SI	NO
Agenti cancerogeni e mutageni specificare quali _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenza di Amianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agenti biologici specificare quali _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmosfere esplosive Agenti chimici infiammabili e/o esplosivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incendio <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Elevato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress lavoro-correlato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimentazione manuale dei carichi Movimenti ripetitivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro/rischi specifici (es. silicio, liquidi criogeni, ambienti severi, infrasuoni, radiazioni non ionizzanti, lavoro notturno/solitario, ecc.) specificare quali _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sorveglianza medica speciale preventiva ⁽²⁾ (D.M. 31.05.1999) **SI** **NO**
 Sorveglianza sanitaria con periodicità: **semestrale** **annuale** **altra periodicità (specificare)** _____

L'Utilizzatore dichiara di assumersi la responsabilità dell'erogazione delle informazioni sui rischi per la sicurezza e la salute in generale, della formazione e addestramento all'uso delle attrezzature di lavoro e dei DPI per la specifica attività lavorativa, nonché delle informazioni sulle procedure che riguardano il primo soccorso, lotta antincendio ed evacuazione dai luoghi di lavoro.

L'Utilizzatore dichiara inoltre di assumersi la responsabilità dell'effettuazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori avviati con contratto di somministrazione, nonché della fornitura dei dispositivi di protezione individuali (DPI) per i medesimi lavoratori, ove necessari.

Le informazioni sopra riportate inerenti la salute e sicurezza sul lavoro sono di esclusiva provenienza dell'Utilizzatore. Sarà responsabilità di quest'ultimo comunicare al Somministratore eventuali e successive variazioni od integrazioni al contenuto del presente documento e/o di eventuali documenti correlati.

Al termine della missione dovranno essere forniti al lavoratore da parte dell'Utilizzatore gli attestati della formazione seguita in azienda e, qualora prevista sorveglianza sanitaria, la cartella sanitaria e di rischio.

Data compilazione ___/___/____

Timbro e Firma Utilizzatore
R.E.M. S.r.l.
 Via Ferruccio 16/A - 03010 Patrica (FR)
 Tel. 0776-830116 - Fax 0776-838345
 C.F.P. n. 02264170060 - SpA 44802941
 CCIAA N. 154996 del 03.05.2002

Data consegna al lavoratore ___/___/____
 (allegato al contratto di lavoro)

Firma Lavoratore

⁽¹⁾ Sono individuati a tal fine, ad esempio: il capo reparto, capo ufficio, capo squadra, capo turno o comunque il "preposto" (ex art. 19 e art.299 d.lgs. 81/2008).

⁽²⁾ La "Sorveglianza medica speciale" attiene esclusivamente alle lavorazioni che espongono a rischio di tecnopatia grave di cui all'art. 3 del D.M. 31.05.1999 ovvero, testualmente: "Agenti cancerogeni, di cui al Titolo VII del decreto Legislativo del 19 settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni e integrazioni; Amianto; Cloruro di vinile monomero; 2-Naftilamina, 4-Aminodifenile, Benzidina, 4-Nitrodifenile e loro sali; radiazioni ionizzanti di cui al Decreto Legislativo 17.3.95 n. 230". Le informazioni inerenti la "sorveglianza sanitaria" di cui all'art. 41 del D.lgs 81/2008 sono da riportarsi nell'ultima colonna alla voce "Obbligo di sorv. sanitaria".