

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
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.

Table with 6 columns: Fattori di Rischio, SI, NO, Misure di Prevenzione DPI necessari, and two columns for Obbligo di sorveglianza Sanitaria (SI, NO). Rows include categories like Luoghi di lavoro, Microclima, Lavori in quota, Rischi di natura elettrica, Attrezzature di lavoro, Organi meccanici e mezzi di trasporto in movimento, Utilizzo Videoterminale, Rumore, Vibrazioni meccaniche, Campi elettromagnetici, Radiazioni ottiche di origine artificiale ROA, and Agenti Chimici e sostanze pericolose.

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

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 0776-830345
 C.F.P. no 02664700501 - C.A. 02664700501
 CCIAA N. 158995 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".