	CHECK-LIST AZIENDALE			
	Rev.	00	Data	06/06/2024

CHECK LIST SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

Con riferimento alla cortese richiesta di informazioni in materia di sicurezza sul lavoro La invitiamo a compilare la check-list di seguito riportata. Questo ci permetterà di inquadrare la Sua realtà organizzativa e formulare di conseguenza un documento di valutazione dei Rischi completo ed esaustivo, per l'adeguamento della Sua struttura alle disposizioni del d.lgs. 81/08 e successive modificazioni.

Denominazione

Sede Legale (indirizzo completo)

Recapito Telefonico

Indirizzo mail

Partita IVA

Codice Fiscale

Codice ATECO 2007

Datore di lavoro

L'impresa ha più sedi di lavoro? SI NO
 Se sì, specificare il numero

Lavoratori in azienda:

Soci lavoratori nr	Collaboratori coordinati e continuativi nr
Familiari coadiuvanti nr	Collaboratori occasionali nr
Lavoratori subordinati nr	Lavoratori autonomi occasionali nr
Altro, specificare	

Organizzazione aziendale sulla sicurezza:

Il RSPP nominato o autonominato ha effettuato la formazione obbligatoria? SI NO
 Se sì, indicare la data dell'attestazione

L'azienda ha nominato ASPP ed ha effettuato la formazione obbligatoria? SI NO
 Se sì, indicare la data dell'attestazione

L'impresa ha in organico dei dirigenti? SI NO

Il datore di lavoro ha nominato un preposto sulla sicurezza? SI NO

E' stato eletto un Rappresentante dei lavoratori sulla sicurezza? SI NO

Sono stati nominati gli addetti alle emergenze, evacuazione e antincendio? SI NO
 Se sì, indicare i nominativi

Sono stati nominati gli addetti al primo soccorso? SI NO
 Se sì, indicare i nominativi

Nominativo del Medico competente

**CHECK-LIST AZIENDALE**

Rev.

00

Data

06/06/2024

Pag.1 di 4

Dati della struttura:

l'impianto elettrico ha il certificato di conformità dell'installatore, ex Legge 46/90? SI NO

l'impianto di messa a terra è stato denunciato ai sensi del DPR 462/01? SI NO

Indicazione dei Reparti (es. Uffici, archivi, cucine, laboratori, area esterna, Piscine, sala ricevimenti, locale vendita, magazzini, officina, carrozzeria, ecc.)

Descrizione dei comparti (con arredamento, presenza di scale di collegamento ai piani,):

Presenza di dispositivi per erogazione di aria condizionata e posizione:

SI

NO

Presenza di dispositivi per Videosorveglianza:

SI

NO


Eventuali riserve di combustibile (bomboloni interrati, sopraelevati, ecc.)

Macchinari utilizzati, elenco:

Attrezzature utilizzate (ponteggi, scale portatili, trabattelli, strumenti da taglio, PC, periferiche ecc)

Impianti utilizzati (ascensori, montacarichi, scale mobili, ecc)

Pulizie (se effettuato dai lavoratori indicare se utilizzati detersivi altamente pericolosi)

	CHECK-LIST AZIENDALE			
	Rev.	00	Data	06/06/2024

Nelle sedi operative sono presenti:

Cassetta pronto soccorso		indicare tipologia
Estintori	numero	tipologia
Segnaletica (exit, estintori, ecc..)		

Allegati:

- Planimetria**
- Visura Camerale**
- Schede di sicurezza prodotti chimici utilizzati**
- Schede delle macchine da lavoro/produzione**
- Schede delle attrezzature**
- Documento di identità Rappresentante legale**

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 e s.m.i.,del Regolamento UE 2016/679, letta l'informativa in allegato fornisco il consenso per il trattamento dei dati personali forniti nel presente modulo e per la loro comunicazione.

Luogo e data

Firma per consenso dell'informativa