



RICHIESTA INFORMAZIONI PER DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO FORMATIVO

Dati obbligatori

Nome azienda: _____ Persona di riferimento: _____
 indirizzo: _____ Località: _____ Telefono: _____
 Telefono cell _____ E.mail: _____
 Settore di attività: _____ codice ATECO _____
 Numero totale lavoratori: _____
 Numero lavoratori uffici: _____
 Numero lavoratori addetti in produzione (compresi magazzini): _____
 Numero massimo di lavoratori che possono assentarsi contemporaneamente dal lavoro
 per ricevere la formazione: UFFICI _____ PRODUZIONE _____
 E' stata effettuata in passato della formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro:
 SI (allegare attestazioni) NO

Dati facoltativi

Ha redatto il documento di valutazione dei rischi ai sensi del D.L 81/08 corretto dal D.L. 106/09 : _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 E' stato aggiornato il documento di valutazione dei rischi:
 Anno _____

Ha nominato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione(RSP):

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 Il Rsp ha fatto il corso specifico di formazione: Anno _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

E' stato eletto i/i Rappresentante/i dei lavoratori per la Sicurezza(RLS) _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 Gli RLS sono stati formati: Anno _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Ha nominato l'addetto al Servizio di Pronto Soccorso: _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 L'Addetto al Pronto Soccorso ha fatto il corso di formazione: Anno _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 Ha nominato l'Addetto al Servizio di Emergenza: _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 L'Addetto al Servizio di Emergenza ha fatto il corso di formazione: Anno _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 Ha nominato il Medico Competente (se richiesto): _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 Ha fatto la formazione interna ai dipendenti: _____

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

 Ha programmato la formazione ai sensi dell' accordo stato regioni: _____ SI NO

Ultima riunione periodica con Datore di Lavoro, Medico Competente, Rsp (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione), Rls (Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza: (Data) _____