



## 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(RSPP): 

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

  
 Il Rspg 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, Rspg (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione), Rls (Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza: (Data) \_\_\_\_\_