

VERIFICA LA TUA SICUREZZA

1

Hai redatto il D.V.R. (Documento di Valutazione dei Rischi Generici)?

- SÌ, MENO DI TRE ANNI FA
- SÌ, PIÙ DI TRE ANNI FA
- NO, NON ANCORA

2

Hai valutato i Rischi Specifici della tua azienda? (es. Rischio Stress-Lavoro Correlato, Rischio Videoterminalisti, Rischio Incendio, Rischio Movimentazione Manuale dei Carichi, Rischio Chimico, Rischio Vibrazioni, Rischio Rumore, etc.)

- SÌ,
- SOLO IN PARTE
- NO, NON ANCORA

3

Hai attivato la Sorveglianza Sanitaria? (Nomina Medico del Lavoro e visite mediche)

- SÌ
- NO,
-

4

Hai attivato un Servizio di Prevenzione e Protezione completo? (Nomina RSPP, elezione RLS/nomina RLS-territoriale, nomina squadra di emergenza, nomina Medico del Lavoro, individuazione Preposti/Dirigenti di fatto)

- SÌ
-
- NO,

5

Hai svolto tutti i corsi di formazione e/o aggiornamento?

- SÌ
-
- NO, NON ANCORA

6

In caso di affidamento di lavori ad aziende terze all'interno della tua azienda (es. imprese di pulizie, manutenzioni, etc.), hai provveduto alla redazione del D.U.V.R.I. (Documento Unico di Valutazione Rischi Interferenti)?

- SÌ
- NO

-
- NOME E/O COGNOME *

- EMAIL

- TELEFONO

- AZIENDA
