

## 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

**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

-----