



CHECK LIST SICUREZZA - MAGAZZINI - LOGISTICA

Con il questionario di seguito presentato, ti chiediamo qualche informazione sulla tua impresa per permetterci di proporti la soluzione più adatta alle tue esigenze.

Le informazioni fornite tramite la presente Check list saranno trattate come estremamente confidenziali e non costituiscono un impegno contrattuale.

Il questionario non è da intendersi in nessun caso come uno strumento sufficiente per assolvere gli obblighi normativi in ambito sicurezza, ma è esclusivamente uno strumento di verifica iniziale della situazione dell'impresa finalizzato ad individuare le azioni da intraprendere in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

RAGIONE SOCIALE: _____

SEDE LEGALE: _____

SEDE OPERATIVA: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

P.IVA: _____ C.F.: _____

E-MAIL: _____ PEC: _____

CODICE ATECO 2007: _____ CODICE REA: _____

NUMERO DIPENDENTI: _____ NUMERO SOCI: _____

SOCIO ASSOPADANA CLAAI: SI NO

Requisiti minimi per il settore corrispondente, così come indicato dalla normativa:

- RSPP (responsabile sicurezza aziendale interno o esterno): SI NO
- ADDETTO PRIMO SOCCORSO SI NO
- ADDETTO PREVENZIONE INCENDI: SI NO
- RLS (rappresentante aziendale lavoratori): SI NO
- MEDICO COMPETENTE: SI NO



- FORMAZIONE LAVORATORI/PREPOSTI ACCORDO STATO REGIONI DEL 21.12.2011
 SI NO
- DVR (documento valutazione rischi): SI NO
- VALUTAZIONE RUMORE INTERNO SI NO
- VALUTAZIONE VIBRAZIONI SI NO
- VALUTAZIONE RISCHIO MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI
 SI NO
- CPI (DPR 151/2011) se soggetto SI NO
- VERIFICA IMPIANTO MESSA A TERRA (DPR 462/01) SI NO

CHIEDO DI ESSERE CONTATTATO E RICEVERE UN PREVENTIVO

Timbro e Firma
