



## CHECK LIST SICUREZZA – SETTORE DENTALE - ODONTOTECNICO

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:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 MANO BRACCIO  SI  NO
- VALUTAZIONE RISCHIO BIOLOGICO  SI  NO
- VERIFICA IMPIANTO MESSA A TERRA (DPR 462/01)  SI  NO

CHIEDO DI ESSERE CONTATTATO E RICEVERE UN PREVENTIVO

Timbro e Firma

---