

AUTOCERTIFICAZIONE DELL'AVVENUTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

- Per i datori di lavoro che occupano fino a 10 dipendenti -

(art.29, comma 5, D.Lgs. 81/2008 e s.m.)

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il ___/___/___ e residente in _____ alla via _____,
nella qualità di:

DATORE DI LAVORO

della Ditta _____ esercente
l'attività di _____, con sede legale in _____
alla via _____;

DICHIARA

di avere alle proprie dipendenze n° _____ unità lavorative; che l'attività di che
trattasi è così organizzata (*breve descrizione del processo lavorativo, se
vengono effettuati turni di lavoro e tutto ciò che può essere utile ai fini della
sicurezza nel luogo di lavoro*):

Di essere in possesso della sottoelencata attrezzatura e macchine:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

e di aver valutato per ogni singola attrezzatura e macchine i rischi che le stesse
possono comportare:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

- Di aver effettuato la valutazione dei rischi in tutta l'Azienda ricoprendo
l'incarico, quale datore di lavoro, dell' R.S.P.P. (art 34, comma 1, D.Lgs 81/08
e s.m.);
- Di aver effettuato la valutazione dei rischi in tutta l'Azienda con l'R.S.P.P.
Sig. _____, che ha collaborato nella valutazione
dei rischi e nella elaborazione della presente autocertificazione.

- Di aver nominato quale medico competente il Dr. _____,
il quale ha sottoscritto l'incarico conferitogli ed ha collaborato nella
valutazione dei rischi e nella elaborazione della presente autocertificazione.

I lavoratori:

- non hanno provveduto alla nomina dell' R.L.S., optando per la scelta
dell'R.L.S. Territoriale;
- hanno provveduto alla nomina dell'R.L.S. nella persona del
Sig. _____.

Per quanto attiene alla "Informazione ai lavoratori", di cui all'art. 36 e alla
"Formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti" di cui all'art. 37, è stato
programmato/ultimato/ è in atto il corso che sarà svolto:

- in proprio
- con la collaborazione di organismi paritetici (C.P.T.)
- dalle organizzazioni sindacali

La presente autocertificazione deve essere tenuta sul luogo di lavoro a
disposizione degli organi di Vigilanza.

Luogo e Data

_____, lì ___/___/____

Firma Datore di Lavoro _____

Firma R.S.P.P. _____

Firma R.L.S./R.L.S.T. _____

Firma Medico Competente _____

Allegati degli atti che attestano quanto dichiarato:

-Copia attestato corso del datore di lavoro per R.S.P.P.

(art. 34, D.Lgs.81/2008 e s.m.)

-Copia documentazione requisiti professionali addetti e responsabili del S.P.P.

(art. 32, D.Lgs.81/2008 e s.m.)

-Copia libretti manutenzione ed uso macchine

-Lettera incarico Medico competente e relativa accettazione

-Copia attestati corsi formazione