



Consulente e Formatore
in Sicurezza sul Lavoro
Specializzato settore Scolastico e P.A.

Contatti:

email: info@tommasobarone.it
cell/WhatsApp: [320 0764367](tel:3200764367)
website: www.tommasobarone.it

Sedi:

Milano: Via Mecenate n.105
Roma: Via Federico Rosazza n. 26
Modica: Via Sorda Sampieri n.128
Sassari: Viale Italia n 7/B

(intestazione della scuola)

SCHEDA DI SEGNALAZIONE (art. 20 del D. Lgs. 81/08)

Spettabile
Dirigente Scolastico/Preposto

All'attenzione del RSPP

E p.c. al RLS

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di lavoratore presso codesta organizzazione, con la mansione di _____, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci si è puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Che in data _____ alle ore _____ presso l'area/reparto/ufficio _____ è stato raggiunto il livello potenziale di danno per il pericolo di (sintetica descrizione del pericolo):

Le condizioni lavorative che hanno determinato il raggiungimento del livello potenziale di danno sono state (descrizione puntuale dell'evento scaturente):

—

—

Si suggerisce che per ridurre o eliminare alla fonte il rischio del raggiungimento del livello potenziale di danno per il futuro sia necessario (descrivere le misure che si ritengono più efficaci da adottare):

—

_____ (____), lì _____

Il Dichiarante

fac simile

Modulo rilevazione

situazione pericolosa, incidente, non conformità

Dati Compilatore: Nome Cognome In qualità di Firma Data

SITUAZIONE PERICOLOSA			INCIDENTE			NON CONFORMITÀ					
DATI RILEVAZIONE EVENTO											
dati segnalatore			data	ora	reparto/ luogo posizione	macchina/attrezzatura impianto/altro	numero di persone esposte				
NOME	COGNOME	FIRMA									
.....			
↓											
DESCRIZIONE EVENTO											
.....											
POSSIBILI CAUSE. (DESCRIZIONE/DETTAGLI)											
.....											
AZIONI DA INTRAPRENDERE (AC/AP)											
.....											
Responsabile/i di attuazione			Firma/e			Stima del tempo degli interventi					
.....							
Data Completamento AC/AP			Firma/e responsabile			Data verifica efficacia			Firma/e responsabile		
.....				

AC: azione correttiva
AP: azione preventiva