Al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale

 c/o **OPTA/OPRA**………………………………..

**□PRIMO INVIO □AGGIORNAMENTO(in caso di aggiornamento compilare solo i campi che hanno subito variazioni dalla precedente comunicazione)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il/La sottoscritto/a**  | **Titolare/Legale rappresentante dell‘ impresa**  | **Posizione INPS n°**  |
|  |  |  |
|  | **C.F./P.IVA**  | **esercente l'attività di**  |
|  |  |  |
| **Sede sociale: Località**  | **Prov. e Cap**  | **Via**  |
|  |  |  |
| **Tel.**  | **Fax**  | **E-mail**  |
|  |  |  |

DATI OCCUPAZIONALI: Numero addetti:cui lavoratori computati ex art. 4 D.Lgs. 81/08i

ai fini della prevista consultazione del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza sulla designazione del responsabile e degli addetti al servizio di prevenzione, all’attività di prevenzione incendi, al primo soccorso, all’evacuazione dei luoghi di lavoro e del medico competente ( lett. c), lett. d), comma 1, art. 50 del D.Lgs. 81/2008; e in merito all’organizzazione delle formazione di cui all’art. 37;

**DICHIARA**:

**□**di aver individuato come medico competente …………………………………………………………………………………………………

**□**di aver individuato come Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) ………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**□**di aver individuato come Addetto/a del Servizio di Prevenzione e Protezione (ASPP) ………………..…………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**□**di aver individuato come Addetto/i alla Emergenza e Prevenzione ……………………………………………………….………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**□**di aver individuato come Addetto/i al Primo Soccorso ……………………….…………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**□**di voler organizzare la formazione/aggiornamento dei lavoratori di cui all’art 37;

**□**Altre richieste……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

In merito a quanto sopra comunicato e in mancanza di comunicazioni da parte dell’intestato Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza provvederò alle nomine come indicato.

Data…………………………………………………..

 Datore di lavoro………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| CONSENSO RILASCIATO ALL‘O.P.R.A./OPNA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI |
| AI SENSI DEL D.LGS. 196 del 30 giugno 2003 |
| Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in riferimento ai dati contenuti nel presente modulo e nella documentazione allegata, dichiara, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, di avere attentamente letto l‘informativa fornita e acconsente consapevolmente e liberamente alla raccolta, trattamento, comunicazione e diffusione dei dati stessi, eventualmente anche sensibili, da parte OPRA./OPTA…………………………………………………………………...  |
| Firma leggibile  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |