

Data: **SCHEMA AZIENDA**RAGIONE SOCIALE: P.IVA: COD.FISCALE: INDIRIZZO: CAP: CITTA': TELEFONO: FAX: INDIRIZZO E-MAIL: SEDI OPERATIVE: PERSONA di RIFERIMENTO: SETTORE LAVORATIVO: N° DIPENDENTI:

Indicare inoltre se sono presenti le seguenti relazioni:

Descrizione	Si	No	NA*
Documento di valutazione dei rischi (D.Lgs.81/08)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indagine fonometrica per rischio rumore (D.Lgs.81/08)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento di valutazione rischio chimico (D.Lgs. 81/08)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valutazione rischio incendio e piano di emergenza (D.M. 10 marzo 1998)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valutazione rischio vibrazioni (D.Lgs. 81/08)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indagini ambientali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorveglianza sanitaria già presente (In caso affermativo allegare protocollo sanitario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* non applicabile

Compilare tutti gli spazi gialli**Inviare il presente modulo via mail a : luisa.iorio@smclavoro.com
oppure a mezzo fax la n. 0124420175****STUDIO MEDICO CANAVESANO sas**MONCALIERI
Via Ettore Bugatti, 5
10024 Moncalieri TO
Tel.011/6474547-Fax 011/5693990IVREA
Via Cesare Pavese, 6 Edif. C
10015 Ivrea TO
Tel.0125/641829-Fax 0125/1961181RIVAROLO C.se (sede legale)
C.so Italia, 41
10086 Rivarolo C.se TO
Tel.0124/27768-Fax 0124/420175

