

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE SUI RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA AI SENSI DEL D.LGS. 81/08 PER IL PERSONALE NON DIPENDENTE

Il sottoscritto/a _____ presente nell'ASL CN1
in qualità di

- Presidente Associazione di volontariato
- Volontario
- Personale convenzionato
- medico servizio continuità assistenziale
 - medico servizio medicina penitenziaria (non dipendente ASL CN1)
 - medico per attività territoriali programmate
 - medico specialista ambulatoriale interno
 - biologo, chimico e psicologo ambulatoriali
 - medico veterinario
- Altro _____

presso la Struttura _____
sede di _____

DICHIARA

di avere acquisito/visionato tramite accesso all'indirizzo <http://www.aslcn1.it/comunicazione/bandi-di-gara/sicurezza-e-salute-nei-luoghi-di-lavoro/>:

- **Opuscolo informativo D.Lgs. 81/2008**
- **Procedure e comportamenti da attuare in caso di emergenza**

e di:

- essere a conoscenza del **DIVIETO DI FUMO** esistente nell'ASL CN1
- essere a conoscenza del **DIVIETO DI ASSUNZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI BEVANDE ALCOLICHE E SUPERALCOLICHE** di cui all'art. 15 Legge 125/2001 relativo alle attività lavorative individuate nell'Allegato 1 del Provvedimento 16/03/2006.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

data _____ firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve per attestare l'avvenuta informazione ai fini della sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/08 da parte del personale volontario e/o convenzionato o altro che accede alle strutture dell'ASL CN1

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Associazioni di volontariato, personale convenzionato

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) firmato in presenza del dipendente addetto dell'ufficio preposto alla stipula della convenzione
- b) *firmato e spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica all'ufficio preposto alla stipula della convenzione*

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il modulo non prevede risposta, ma deve essere allegato alla convenzione predisposta dall'ufficio interessato.

RIFERIMENTI

Ufficio: S.C. Servizio Prevenzione e Protezione

Tel: 0172.719153 E-mail: spp@aslcn1.it