

Timbro/Carta intestata azienda

**All' AGENZIA REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO  
(ARPAL) – REGIONE PUGLIA**

Ufficio Inserimento Mirato Disabili – Ambito provinciale di

- BARI  
 BRINDISI  
 BAT  
 FOGGIA  
 LECCE  
 TARANTO

**Scheda di rischio lavorativo**

La ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
 (prov. \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_  
 e sede operativa nella Provincia di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 esercente l'attività di \_\_\_\_\_  
 Descrizione sintetica delle mansioni svolte dalla persona disabile \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**RISCHI LAVORATIVI CONNESSI ALLA SPECIFICA MANSIONE**

<u>RISCHIO</u>	<u>SPECIFICARE</u>		<u>DESCRIZIONE</u>
	SI	NO	
Movimentazione manuale dei carichi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esposizione ad intemperie alte o basse temperature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rumore (specificare il Lep. d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utilizzo di videoterminali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utilizzo di strumenti vibranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Radiazioni ionizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esposizioni a polveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sostanze chimiche utilizzate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rischio biologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Rischio da carichi pendenti, macchine  
semoventi, di precipitazione

\_\_\_\_\_

Macchine utensili

\_\_\_\_\_

Attrezzature utensili

\_\_\_\_\_

Altri rischi non elencati

\_\_\_\_\_

Per i rischi connessi alla specifica mansione  
lavorativa il lavoratore è soggetto a  
sorveglianza sanitaria?

(visite mediche preventive e periodiche  
da parte del medico competente)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000)