



INTESTAZIONE DELLA SCUOLA

LIBRETTO FORMATIVO PERSONALE

relativo al percorso di formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Cognome Nome
Luogo e data di nascita
Residente a Via n. cap
Codice Fiscale
tel. e-mail.....

Certificazione della Formazione erogata allo studente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nel percorso curriculare (a cura dell'Istituto Scolastico Promotore)

Al fine di promuovere e garantire la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro quale elemento essenziale di un normale processo formativo nei propri studenti, accrescendo la consapevolezza in merito ai rischi relativi a un corretto inserimento nel mondo del lavoro, con la presente, alla luce del percorso didattico concretamente svolto dallo Studente nei programmi curricolari, l'Istituto dichiara e certifica che lo stesso ha acquisito le competenze nelle seguenti materie/aree: (barrare e compilare le parti svolte).

PARTE GENERALE:

	Contenuto intervento formativo	Figure che hanno svolto la formazione	Ore di formazione	Data intervento
<input type="checkbox"/> Concetti di rischio e pericolo				
<input type="checkbox"/> Danno				
<input type="checkbox"/> Prevenzione				
<input type="checkbox"/> Protezione				
<input type="checkbox"/> Organizzazione della prevenzione aziendale				
<input type="checkbox"/> Diritti, doveri e sanzioni per i vari soggetti aziendali				
<input type="checkbox"/> Organi di vigilanza controllo e assistenza				
Per una durata complessiva di ore				



PARTE SPECIFICA IN RELAZIONE ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI:

Tipologia di rischio	Contenuto intervento formativo	Figure che hanno svolto la formazione	Ore di formazione	Data intervento
<input type="checkbox"/> Rischi infortuni				
<input type="checkbox"/> Rischi meccanici generali				
<input type="checkbox"/> Rischi elettrici generali				
<input type="checkbox"/> Macchine Tipologie:				
<input type="checkbox"/> Attrezzature Tipologie:				
<input type="checkbox"/> Cadute dall'alto				
<input type="checkbox"/> Rischi da esplosione				
<input type="checkbox"/> Rischi chimici (nebbie – oli – fumi – vapori – polveri) Dettaglio agenti/sostanze:				
<input type="checkbox"/> Etichettatura				
<input type="checkbox"/> Rischi cancerogeni Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Rischi biologici Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Rischi fisici				
<input type="radio"/> Rumore				
<input type="radio"/> Vibrazioni				
<input type="radio"/> Radiazioni				
<input type="radio"/> Microclima e illuminazione				
<input type="radio"/> Altro				
<input type="checkbox"/> Videoterminali				



Tipologia di rischio	Contenuto intervento formativo	Figure che hanno svolto la formazione	Ore di formazione	Data intervento
<input type="checkbox"/> Dispositivi Protezione Individuale Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Organizzazione del lavoro				
<input type="checkbox"/> Stress lavoro-correlato				
<input type="checkbox"/> Movimentazione manuale dei carichi				
<input type="checkbox"/> Movimentazione merci (apparecchi sollevamento, mezzi di trasporto) Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Segnaletica				
<input type="checkbox"/> Emergenze				
<input type="checkbox"/> Procedure di sicurezza con riferimento al profilo di rischio specifico Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Procedure esodo e incendi				
<input type="checkbox"/> Procedure organizzative per il primo soccorso				
<input type="checkbox"/> Incidenti e infortuni mancati				
<input type="checkbox"/> Altri rischi Dettaglio:				
Per una durata complessiva di ore				

Si certifica che la formazione ha avuto una durata complessiva di ore.

Luogo e data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

.....



INTESTAZIONE DELL'AZIENDA

FORMAZIONE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO EROGATA IN AZIENDA

DATI AZIENDA PARTNER

Ragione sociale

Partita IVAUnità produttiva di

Indirizzo

ATECO 2007 Tel Fax

Descrizione attività principale

REFERENTE AZIENDALE PER EVENTUALI INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:

Cognome Nome.....

Funzione aziendale

Tel e- mail

Facendo riferimento a quanto previsto dall'art. 37 D. Lgs. 81/2008 ed ai successivi Accordi Stato-Regioni, l'azienda dichiara che:

Il Sig.

In qualità di studente dell'istituto

impegnato in un progetto di alternanza scuola-lavoro/stage/tirocini, inserito nella mansione di

.....
 classificabile ai fini della formazione a rischio

ha partecipato a momenti di formazione aziendale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro riguardante le seguenti materie/aree: (barrare e compilare le parti svolte)

PARTE GENERALE:

	Contenuto intervento formativo	Figure che hanno svolto la formazione	Ore di formazione	Data intervento
<input type="checkbox"/> Concetti di rischio e pericolo				
<input type="checkbox"/> Danno				
<input type="checkbox"/> Prevenzione				
<input type="checkbox"/> Protezione				
<input type="checkbox"/> Organizzazione della prevenzione aziendale				
<input type="checkbox"/> Diritti, doveri e sanzioni per i vari soggetti aziendali				
<input type="checkbox"/> Organi di vigilanza controllo e assistenza				
Per una durata complessiva di ore				



PARTE SPECIFICA IN RELAZIONE ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI:

Tipologia di rischio	Contenuto intervento formativo	Figure che hanno svolto la formazione	Ore di formazione	Data intervento
<input type="checkbox"/> Rischi infortuni				
<input type="checkbox"/> Rischi meccanici generali				
<input type="checkbox"/> Rischi elettrici generali				
<input type="checkbox"/> Macchine Tipologie:				
<input type="checkbox"/> Attrezzature Tipologie:				
<input type="checkbox"/> Cadute dall'alto				
<input type="checkbox"/> Rischi da esplosione				
<input type="checkbox"/> Rischi chimici (nebbie – oli – fumi – vapori – polveri) Dettaglio agenti/sostanze:				
<input type="checkbox"/> Etichettatura				
<input type="checkbox"/> Rischi cancerogeni Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Rischi biologici Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Rischi fisici				
<input type="checkbox"/> Rumore				
<input type="checkbox"/> Vibrazioni				
<input type="checkbox"/> Radiazioni				
<input type="checkbox"/> Microclima e illuminazione				
<input type="checkbox"/> Altro				
<input type="checkbox"/> Videoterminali				



Tipologia di rischio	Contenuto intervento formativo	Figure che hanno svolto la formazione	Ore di formazione	Data intervento
<input type="checkbox"/> Dispositivi Protezione Individuale Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Organizzazione del lavoro				
<input type="checkbox"/> Stress lavoro-correlato				
<input type="checkbox"/> Movimentazione manuale dei carichi				
<input type="checkbox"/> Movimentazione merci (apparecchi sollevamento, mezzi di trasporto) Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Segnaletica				
<input type="checkbox"/> Emergenze				
<input type="checkbox"/> Procedure di sicurezza con riferimento al profilo di rischio specifico Dettaglio:				
<input type="checkbox"/> Procedure esodo e incendi				
<input type="checkbox"/> Procedure organizzative per il primo soccorso				
<input type="checkbox"/> Incidenti e infortuni mancati				
<input type="checkbox"/> Altri rischi Dettaglio:				
Per una durata complessiva di ore				

Si certifica che la formazione ha avuto una durata complessiva di ore.

Formazione svolta dal Docente/Formatore: interno esterno

in collaborazione con Organismo Paritetico Provinciale di

Luogo e data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

.....