

	Università Ca' Foscari Venezia	
	DICHIARAZIONE AVVENUTA INFORMAZIONE SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO (D.Lgs. 81/08)	

Io sottoscritto _____

Responsabile del laboratorio di: ricerca _____

didattica _____

Tutor prof. _____

DICHIARO

che in occasione di inizio corso inizio collaborazione variazioni di attività/mansioni

il/la (Cognome e Nome) _____ matricola n. _____ vedi elenco

che svolgerà la sua attività presso (specificare laboratorio) _____

nel periodo: data presunta inizio frequenza _____

data presunta termine frequenza _____

in qualità di: **Assegnista** **Borsista** **Collaboratore di ricerca**

Dottorando **Laureandotriennale** **Laureando magistrale**

Laureato frequentatore **Stagista**

Altro

è stato informato in merito a:

- 1) rischi connessi all'attività della struttura;
- 2) misure di prevenzione e protezione adottate;
- 3) pericoli e rischi specifici cui è esposto con riguardo all'attività svolta;
- 4) pericoli derivanti da sostanze e preparati pericolosi, schede di sicurezza e norme di buona tecnica;
- 5) dispositivi di protezione individuale e loro utilizzo;
- 6) procedure di funzionamento ed utilizzo delle attrezzature fonti di rischio;
- 7) procedure di emergenza ed evacuazione della sede;
- 8) aree presenti nella Struttura ad accesso regolamentato;
- 9) altro _____

È stato consegnato il seguente materiale informativo:

opuscoli manuali altro: _____

In seguito alla Valutazione Rischi sono stati consegnati o messi a disposizione i seguenti Dispositivi di Protezione Individuale:

guanti di protezione contro i prodotti chimici e i microorganismi (Norma UNI EN :374-1/2/3)

guanti di protezione contro i rischi termici (Norma UNI EN:407)

guanti di protezione contro il freddo (Norma UNI EN:511)

occhiali (Norma UNI EN:166 cod. marcatura lente e montatura _____)

mascherina (Norma UNI EN:149 classe _____) mascherina (Norma UNI EN:405 classe _____)

altro (Norma UNI EN: _____ classe _____)

VISTO : SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
Prof. Maurizio Selva



Università Ca' Foscari Venezia	
DICHIARAZIONE AVVENUTA INFORMAZIONE SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO (D.Lgs. 81/08)	

Elenco Nominativi Lavoratori

Cognome	Nome	Matricola o Qualifica	Firma

Allega certificato frequenza corso sulla sicurezza nel luogo di lavoro – Rischio alto -

Data _____

Firma del Responsabile _____