**Codice Corso: LQUO-1-2024**

**Titolo Corso: Formazione Dispositivi Anticaduta ABC Ivrea**

**Sede Corso: ABC Farmaceutici Ivrea**

**Nome Azienda: ABC Farmaceutici S.p.A.**

N° ALLIEVI IN FORMAZIONE: DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’azienda dispone di un locale da adibire ad aula di formazione che preveda un distanziamento sociale di almeno un metro ai sensi del DPCM del 17 maggio 2020? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI  NO ❑

Indicare i Mq dell’aula

E’ illuminata ed areata in modo adeguato tale da permettere un costante ricambio d’aria?\_\_\_ SI ❑ NO ❑

E’ presente la postazione per la disinfezione delle mani?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

E’ presente in azienda il Documento di Valutazione dei Rischi?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

E’ presente un Protocollo di Sicurezza e gestione COVID-19 ai sensi del *Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19*

*negli ambienti di lavorio del 06 aprile 2021*? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

Sono disponibili certificati di conformità degli impianti? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

E’ rispettata la normativa antincendio (CPI, vie di fuga, estintori, ecc…)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

E’ disponibile una lavagna (magnetica, a fogli mobili, LIM)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

E’ disponibile un computer portatile? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

E’ disponibile un videoproiettore? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

E’ stata presa visione dell’informativa in allegato in materia di contenimento e gestione dell’emergenza CoViD-19 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

In caso di corsi che prevedono l’utilizzo di attrezzature da lavoro sono rispettati gli standard

di Sicurezza e le manutenzioni periodiche previste dal Libretto di Uso e Manutenzione? \_\_\_\_ SI ❑ NO ❑

Indicare quelle presenti in Azienda:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ CARRELLI ELEVATORI: | Mod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mat. Inail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ PIATTAFORME DI LAVORO MOBILI ELEVABILI | Mod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (\*) Mat. Inail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ GRU PER AUTOCARRO | Mod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (\*) Mat. Inail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ MACCHINE MOVIMENTO TERRA (ESCAVATORE IDRAULICO, PALE CARICATRICI): | Mod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (\*) Mat. Inail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ GRU PER AUTOCARRO | Mod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (\*) Mat. Inail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

NOTE (eventuali)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Da assegnare da parte dell’INAIL all’atto della comunicazione delle messa in servizio.**

**Tutela dei dati personali**

**Informativa ai sensi del Reg. EU e consenso al Trattamento dei dati personali**

Si informano gli interessati che, ai sensi del Reg. EU 679/2016, i dati riportati sulla scheda di adesione saranno utilizzati, anche tramite procedure informatizzate, per l'adempimento di ogni attività relativa alla partecipazione al corso. Il conferimento dei dati è facoltativo, in mancanza di essi, tuttavia, non sarà possibile dare corso al servizio. Si rammenta che gli interessati possono esercitare tutti i diritti di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA COMPILAZIONE** | **FIRMA DATORE DI LAVORO/RESPONSABILE** | **FOGLIO** |