



### Questionario preliminare per l'elaborazione del DVR - 1/3

Compilare ed inviare via e mail a: [architetto@antonioiannece.it](mailto:architetto@antonioiannece.it)

**Ragione Sociale:** \_\_\_\_\_ **Tipo attività:** \_\_\_\_\_

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

**Indirizzo:** \_\_\_\_\_ **Città:** \_\_\_\_\_

**Provincia:** \_\_\_\_\_ **CAP:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**FAX:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Partita Iva:** \_\_\_\_\_ **Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_

**Cellulare:** \_\_\_\_\_

### Attività dell'organizzazione

Descrizione dell'attività svolta:

Medico competente (se presente)

ASL competente

Nome del medico competente

Data di affidamento incarico

Eventuali altre sedi operative

Denominazione sede

Indirizzo

Referente



### Questionario preliminare per l'elaborazione del DVR - 2/3

#### Dipendenti e collaboratori

Cognome e nome	Reparto / Settore / Ufficio	Mansione

#### Il Rappresentante dei Lavoratori - RLS

Il RLS è stato eletto dai lavoratori? SI    NO  
È presente un RLS territoriale? SI    NO  
Cognome e nome RLS \_\_\_\_\_  
Ruolo in azienda \_\_\_\_\_  
Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Data elezione/designazione \_\_\_\_\_  
Attestato conseguito il \_\_\_\_\_

#### Il Responsabile di prevenzione e protezione - RSPP

Il titolare ha deciso di assumere egli stesso il ruolo di RSPP? SI    NO  
Cognome e nome RSPP \_\_\_\_\_  
Ruolo in azienda \_\_\_\_\_  
Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Data elezione/designazione \_\_\_\_\_  
Attestato conseguito il \_\_\_\_\_



### Questionario preliminare per l'elaborazione del DVR - 3/3

#### Il responsabile del Primo Soccorso

Il titolare ha deciso di assumere egli stesso il ruolo di responsabile di primo soccorso? SI      NO

Cognome e nome Responsabile: \_\_\_\_\_

Ruolo in azienda: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data elezione/designazione: \_\_\_\_\_

Attestato conseguito il: \_\_\_\_\_

#### Il responsabile delle misure antincendio

Il titolare ha deciso di assumere egli stesso il ruolo di responsabile di primo soccorso? SI      NO

Cognome e nome Responsabile: \_\_\_\_\_

Ruolo in azienda: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data elezione/designazione: \_\_\_\_\_

Attestato conseguito il: \_\_\_\_\_

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. La compilazione del presente questionario non costituisce alcun impegno all'acquisto dei servizi.
2. I dati ricevuti tramite il presente modulo saranno analizzati entro 48 (quarantotto) ore dall'invio e se necessario vi saranno richieste eventuali informazioni aggiuntive necessarie alla realizzazione di una corretta consulenza.
3. Ai sensi del D.Lgs 196/03 si informa che i dati personali raccolti per mezzo della presente scheda saranno trattati sia in formato elettronico che cartaceo osservando tutte le misure minime di sicurezza obbligatorie previste dal Decreto in oggetto.

Il richiedente con la firma apposta in calce conferma di essere stato informato riguardo le finalità e modalità di trattamento e dei propri diritti ed attesta il proprio libero consenso al trattamento dei dati personali per le finalità necessarie all'erogazione dei servizi di consulenza e formazione.