

COMUNICAZIONE RSPP DATORE DI LAVORO

Ditta _____

Al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Sig. _____

Sede _____

Raccomandata a mano

OGGETTO: Svolgimento diretto da parte del Datore di Lavoro dei compiti del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale ai sensi dell'art. 34, D.Lgs 81/08 e s.m.i..

Il sottoscritto _____ titolare/rappresentante legale di questa Ditta
_____ esercente _____ rientrando nei casi previsti
nell'allegato II del D.Lgs 81/08e s.m.i.

COMUNICA

di svolgere direttamente i compiti propri del Servizio di Prevenzione e Protezione dei rischi richiamati nell'art.33, D.Lgs 81/08 e s.m.i..

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 34, D.Lgs 81/08e s.m.i. e di possedere le capacita per svolgere correttamente tali compiti in quanto a conoscenza:

- a) dei rischi per le materie prime utilizzate, prodotti intermedi della lavorazione, prodotti finali;
- b) dei rischi connessi con le lavorazioni effettuate nelle varie fasi del ciclo produttivo;
- c) dei rischi derivanti dall'uso delle macchine e degli impianti utilizzati;
- d) dei rischi e delle lavorazioni per le quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria; delle misure preventive e protettive per la sicurezza e la salubrita degli ambienti, nel rispetto della normativa vigente;
- e) delle attivita e processi che richiedono l'elaborazione delle procedure di sicurezza;
- f) dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori in riferimento alle attivita svolte.

Per lo svolgimento dei compiti innanzi menzionati, si avvale della collaborazione/consulenza di:

DICHIARA di aver proceduto agli adempimenti di cui

- all'art. 17, comma 1, D.Lgs 81/08e s.m.i.
- all'art. 29, comma 5, D.Lgs 81/08 e s.m.i.

In adempimento a quanto sancito dall'art.18,comma 1, lettera o), D.Lgs 81/08e s.m.i il sottoscritto, consegnera alla S.V., appena ne faccia richiesta, copia del D.V.R / Autocertificazione nonche Vi consente l'accesso ai dati di cui all'art.18, comma 1, lettera q),D.Lgs 81/08 e s.m.i.

Fa rilevare altresì che le denunce di malattia professionale nel corso degli ultimi tre anni sono state complessivamente n° _____

Allegato: attestato corso di formazione.

___/___/_____

Il Datore di lavoro

Il sottoscritto _____ nella qualita di Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, ha ricevuto la seguente comunicazione in data ___/___/_____

L'R.L.S.
