

REGIONE CAMPANIA

Azienda Sanitaria Locale _____

Dipartimento di Prevenzione

Servizio _____

Via

.....

Tel. fax

Data ____/____/____

Richiesta Documentazione

Ispezione effettuata da _____ il _____ ore ____

Azienda Denominazione _____

sita nel Comune di _____ via _____

☐ Titolare ☐ Legale Rappresentante ☐ Amministratore: _____

Sede Legale nel Comune di _____ (____) via _____ n. ____

SEZIONE INFORTUNI

INFORTUNI dal registro infortuni ultimi 5 anni

dettaglio infortuni: anno _____ n°

dettaglio infortuni: anno _____ n°

dettaglio infortuni: anno _____ n°

dettaglio infortuni: anno _____ n°

dettaglio infortuni: anno _____ n°

Andamento ☐ decrescente ☐ crescente dal _____

Si sono verificati infortuni mortali e/o gravi (superiori a 40 gg. di prognosi) negli ultimi 5 anni?

dettaglio infortuni: anno n° ☐ mortali - ☐ gravi

dettaglio infortuni: anno n° ☐ mortali - ☐ gravi

dettaglio infortuni: anno n° ☐ mortali - ☐ gravi

dettaglio infortuni: anno n° ☐ mortali - ☐ gravi

dettaglio infortuni: anno n° ☐ mortali - ☐ gravi

SEZIONE MALATTIE PROFESSIONALI

DENUNCE MALATTIE PROFESSIONALI degli ultimi 5 anni:

dettaglio denunce malattie professionali: anno n°

dettaglio denunce malattie professionali: anno n°

dettaglio denunce malattie professionali: anno n°

dettaglio denunce malattie professionali: anno n°

dettaglio denunce malattie professionali: anno n°

Andamento denunce malattie professionali: crescente ☐ decrescente ☐

MALATTIE PROFESSIONALI RICONOSCIUTE degli ultimi 5 anni:

dettaglio malattie professionali riconosciute: anno n°

dettaglio malattie professionali riconosciute: anno n°

dettaglio malattie professionali riconosciute: anno n°

dettaglio malattie professionali riconosciute: anno n°

dettaglio malattie professionali riconosciute: anno n°

Andamento malattie professionali riconosciute: crescente ☐ decrescente ☐