

Al Responsabile
Servizio Prevenzione e Protezione
Azienda USL Toscana Centro

- ambito territoriale fiorentino
- ambito territoriale empoiese
- ambito territoriale pistoiese e pratese

Informazione sui rischi e dichiarazione d'ottemperanza¹ alle misure di prevenzione e protezione in materia di salute e sicurezza da adottare nell' Azienda USL Toscana Centro

La/Il sottoscritta/o (in stampatello)

nome: _____ cognome: _____

DICHIARA

(barrare l'opzione corrispondente al proprio caso)

- in qualità di **lavoratore dipendente dell'Azienda USL Toscana Centro o soggetto ad esso equiparato** (es. stagista, tirocinante, borsista ecc.) di aver **PRESO CONOSCENZA**, ai fini dell'applicazione del D. Lgs. 81/2008, dei rischi presenti e delle misure di prevenzione e protezione da adottare nell'Az. USL Toscana Centro, attraverso la lettura dei documenti di informazione sui rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro nell'Azienda USL Toscana Centro ambiti territoriali empoiese, fiorentino, pistoiese e pratese, disponibili in formato elettronico² nel sito internet di ESTAR all'indirizzo www.estar.toscana.it, seguendo il percorso on-line: *Home, Fornitori, Prevenzione per i Fornitori, Informazioni sui rischi specifici presenti nelle Aziende Sanitarie*;
- in qualità di **altro soggetto che accede agli ambienti dell'Azienda USL Toscana Centro** (es. libero professionista, docente esterno) di aver **PRESO CONOSCENZA** e di aver informato gli eventuali collaboratori ai fini dell'applicazione del D. Lgs. 81/2008, dei rischi presenti e delle misure di prevenzione e protezione da adottare nell'Az. USL Toscana Centro, attraverso la lettura dei documenti di informazione sui rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro nell'Azienda USL Toscana Centro ambiti territoriali empoiese, fiorentino, pistoiese e pratese, disponibili in formato elettronico³ nel sito internet di ESTAR all'indirizzo www.estar.toscana.it, seguendo il percorso on-line: *Home, Fornitori, Prevenzione per i Fornitori, Informazioni sui rischi specifici presenti nelle Aziende Sanitarie*;
- in qualità di **titolare dell'impresa o lavoratore autonomo** (indicare il nome della ditta/società) _____ affdatario di lavori, servizi e forniture che escludono l'elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi Interferenti (DUVRI), di aver **PRESO CONOSCENZA** e di aver informato gli eventuali collaboratori/dipendenti della propria impresa ai fini dell'applicazione del D. Lgs. 81/2008, dei rischi presenti e delle misure di prevenzione e protezione da adottare nell'Az. USL Toscana Centro, attraverso la lettura dei documenti di informazione sui rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro nell'Azienda USL Toscana Centro ambiti territoriali empoiese, fiorentino, pistoiese e pratese, disponibili in formato elettronico⁴ nel sito internet ESTAR all'indirizzo www.estar.toscana.it, seguendo il percorso on-line: *Home, Fornitori, Prevenzione per i Fornitori, Informazioni sui rischi specifici presenti nelle Aziende Sanitarie*.
- di **COORDINARSI** e **COOPERARE** con il personale aziendale per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione relative ai rischi generici e specifici;
- di **ATTIVARSI** per consentire il rispetto delle misure di prevenzione e protezione;
- di **RAPPORTARSI** con il Preposto, Dirigente, Dirigente Delegato dal Datore di Lavoro, ogni qual volta, nel corso della attività svolte, emerga la necessità di approfondire le tematiche di sicurezza o per segnalare eventuali situazioni di pericolo delle quali si viene a conoscenza.
- di **DOTARSI** di eventuali Dispositivi di Protezione Individuale;
- di **NON COMPIERE** azioni che possano creare rischio o pericolo per se stessi e per gli altri;
- di **NON FUMARE** negli ambienti aziendali.

Luogo _____ data ____ / ____ / ____

Firma del dichiarante

.....

¹ L'originale o copia della presente dichiarazione è inviata al Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale.

^{2 3 4} In caso di difficoltà contattare il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale