

# ALLEGATO 1

Mod. C 626/1

## REGISTRO DI ESPOSIZIONE A POLVERI DI LEGNO DURO - DATI GENERALI -

(Art. 70 - D.Lgs 626/94 come modificato dal D.Lgs 242/96)

**Nominativo Ditta**

**Ragione Sociale** .....

**Data Compilazione** ...../...../.....

### Quadro A - Datore di lavoro

Unità Locale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax	SPISAL ASL n°		
Sede Legale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax			
Codice fiscale Ditta		Partita IVA Ditta		Codice attività ISTAT	

Legale Rappresentante	
Nome	
Cognome	
Data Nascita	
Luogo Nascita	
Domicilio	
Qualifica	

Lavorazione unica o prevalente: .....

.....

.....

Voce tariffa INAIL .....

**Quadro B - Tipo di esposizione e tipo di lavorazione**

<b>Legni duri</b>	<b>Quantità annuale m<sup>3</sup></b>

*\* Quantità annuale utilizzata o prodotta nel ciclo produttivo (ove possibile determinarla)*

**Quadro C – Dipendenti**

<b>Totale Uomini</b> .....	<b>di cui esposti</b> .....	<b>Totale Donne</b> .....	<b>di cui esposte</b> .....
<b>Totale numero addetti ad attività produttive</b> .....		<b>Totale numero addetti ad attività amministrative e/o assimilabili</b> .....	

**Timbro e Firma del datore di lavoro.....**

**REGISTRO DI ESPOSIZIONE A POLVERI DI LEGNO DURO  
- DATI INDIVIDUALI -  
(Art. 70 - D.Lgs 626/94 come modificato dal D.Lgs 242/96)**

*Spazio da compilare solo nella fase della comunicazione di variazioni intervenute nei dati del lavoratore*      **DATA** .....

**DITTA** - RAGIONE SOCIALE ..... **COD. FISC.** ..... **P.IVA** .....

**SEDE LEGALE** .....

**UNITA' LOCALE** .....

**LAVORATORE ESPOSTO AD AGENTI CANCEROGENI**

Codice Fiscale	Cognome	Nome	Sesso	
			M [ ]	F [ ]
Data di nascita	Comune	Provincia	DOMICILIO: Comune	
				Provincia

N° Progr.	Codice Classificazione Professionale ISTAT	Mansione	ATTIVITA' SVOLTA Breve descrizione	ESPOSIZIONE (1)			Data inizio	Data fine
				Valore mg/m <sup>3</sup>	Metodo	Tempo (Giorni/Anno)		

(1) - Ove la misurazione non fosse tecnicamente possibile indicare i quantitativi annuali di agenti cancerogeni utilizzati o prodotti durante l'attività svolta.

**DATA CESSAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA .....**

**Timbro e Firma del Datore di Lavoro .....**