

Al Servizio Prevenzione e Sicurezza  
Degli Ambienti di Lavoro  
A.S.L. 17 Savigliano  
Piazza Schiaparelli n.c. 10  
12038 SAVIGLIANO (CN)

**Dati Anagrafici Aziendali**

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Natura Giuridica \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Numero addetti totali (compreso/i titolare/i): \_\_\_\_\_

Di cui :

MANSIONE	UOMINI	DONNE	TOTALE
Soci contitolari			
Coadiuvanti			
Dirigenti			
Impiegati (*)			
Minori/apprendisti (*)			
Operai (*)			
<b>Totali</b>			

(\*) *part time, L.S.U., interinali, stagisti, obiettori di coscienza, C.F.L.*

Indirizzo sede legale: via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Indirizzo attività produttiva: via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Descrizione dell'attività lavorativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data inizio attività: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice attività ISTAT \_\_\_\_\_ Voce di tariffa INAIL: \_\_\_\_\_

Medico competente (art. 4 – comma 4° - lettera c D.Lgs. 626/94): Dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**DATORE DI LAVORO**  
\_\_\_\_\_

**S.P.P. Servizio Prevenzione Protezione  
ORGANIGRAMMA** (articolo 8 – comma 1° D.Lgs. 626/94)

**Responsabile Servizio  
Prevenzione**  
(art. 4 – comma 4° - lettera a D.Lgs. 626/94)  
Sig. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

**Rappresentante/i dei  
Lavoratori**  
(art. 18 – comma 1° D.Lgs. 626/94)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medico Competente**  
(art. 4 – comma 4° - lettera c D.Lgs. 626/94)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Incaricati misure di  
prevenzione - incendi -  
evacuazione**  
(articolo 12 – comma 1° - lettera b D.Lgs. 626/94)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATA COMPILAZIONE:**  
\_\_\_\_\_

**Incaricati misure di  
salvataggio - pronto soccorso  
- emergenza**  
(articolo 12 – comma 1° - lettera b D.Lgs. 626/94)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_