

FORMAZIONE IN COLLABORAZIONE con L'ORGANISMO PARITETICO

ai sensi dell'art.37 comma 12 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i. e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 e del 07/07/2016

Comunicazione all'OPRAM - Organismo Paritetico Regionale Artigianato Marche da inviare tramite fax 071 2916286 o e-mail documenti@oprinsicurezza.org

Tipologia di ORGANIZZATORE e/o GESTORE del corso formativo

Ente di Formazione Professionista Azienda [attività _____ CCNL _____ ATECO _____]
Denominazione / Ragione Sociale _____
Via _____ N. _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
Referente _____ Ruolo _____ E-mail _____

Tipologia e descrizione del CORSO FORMATIVO da attivare

Responsabile del Progetto Formativo: Interno Esterno
Nominativo _____ E-mail _____ Cell. _____
 Formazione Base Formazione Specifica Aggiornamento Altro (specificare) _____
Livello di rischio: BASSO MEDIO ALTO
Durata del Corso: 4 ore 6 ore 8 ore 12 ore 16 ore n. _____ ore
Data prevista per inizio del Corso: _____ (oppure) periodo di svolgimento previsto dal _____ al _____
Sede prevista per lo svolgimento del corso: (Indirizzo e/o Presso) _____
Figure e/o Profili Professionali coinvolti nella formazione: (elencare e/o allegare elenco delle figure/mansioni e/o delle imprese coinvolte)

Numero di lavoratori coinvolti (max partecipanti n.35 unità per aula/edizione): _____ di cui: donne _____ stranieri _____
> La comprensione linguistica è assicurata tramite: verifica preliminare mediatore culturale opuscoli bilingue

METODOLOGIA DIDATTICA che si intende attuare nel corso

Lezione frontale Lavori di gruppo Simulazioni Casi studio
 Esercitazioni in aula Prove pratiche Modalità di apprendimento in E-Learning (n. _____ ore)
 Altro (specificare o descrivere) _____

DOCENTE / FORMATORE in materia di salute e sicurezza sul lavoro

Indicare nominativo/i: _____

Sia per il datore di lavoro RSPP della propria azienda, sia per le professionalità esterne, è necessaria la compilazione del **MODULO FORMATORE**

CONTENUTI FORMATIVI

Formazione Generale Concetti di rischio – Danno – Prevenzione – Protezione – Organizzazione della prevenzione aziendale – Diritti, doveri e sanzioni per i vari soggetti aziendali – Organi di vigilanza, controllo e assistenza

Formazione Specifica

<input type="checkbox"/> Attrezzature	<input type="checkbox"/> Rischi infortuni	<input type="checkbox"/> Meccanici generali	<input type="checkbox"/> Elettrici generali	<input type="checkbox"/> Macchine
<input type="checkbox"/> Vibrazione	<input type="checkbox"/> Cadute dall'alto	<input type="checkbox"/> Rischi da esplosione	<input type="checkbox"/> Rischi chimici	<input type="checkbox"/> Rumore
<input type="checkbox"/> Rischi biologici	<input type="checkbox"/> Etichettatura	<input type="checkbox"/> Rischi cancerogeni	<input type="checkbox"/> Nebbie – Oli – Fumi – Vapori – Polveri	<input type="checkbox"/> Ambienti di lavoro
<input type="checkbox"/> Emergenze	<input type="checkbox"/> Rischi fisici	<input type="checkbox"/> Videoterminali	<input type="checkbox"/> DPI Organizz.ne lavoro	<input type="checkbox"/> Radiazioni
<input type="checkbox"/> Microclima e illuminazione	<input type="checkbox"/> Mov.M.Carichi	<input type="checkbox"/> Stress lav. correlato	<input type="checkbox"/> Segnaletica	<input type="checkbox"/> Radiazioni
<input type="checkbox"/> Procedure di sicurezza con riferimento al profilo rischio specifico		<input type="checkbox"/> Movim. Merci (apparecchi di sollevamento, trasporto)	<input type="checkbox"/> Procedure esodo e incendi	
<input type="checkbox"/> Procedure organizzative primo soccorso	<input type="checkbox"/> Incidenti e infortuni mancati		<input type="checkbox"/> Altri rischi (specificare)	

Nota Bene - Per i contenuti relativi alla **Formazione Specifica** barrare solamente i rischi riferiti alle mansioni, ai possibili danni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristiche del settore/comparto di appartenenza o comunque adeguati alle attività specifiche dei lavoratori e alle problematiche proprie delle lavorazioni aziendali.

Trattamento dei dati da parte del Titolare del Trattamento OPRAM ai sensi del Regolamento Privacy 2016/679

Io sottoscritto/a _____ letta l'Informativa allegata (consultabile sul sito oprinsicurezza.org/informativa), acconsente:
 AL TRATTAMENTO DEL DATO PERSONALE: categorie di dati personali necessari alla gestione del rapporto contrattuale e/o alla gestione dei servizi connessi all'attività del Titolare del Trattamento come previsto dagli Accordi Nazionali e Regionali applicativi la Normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
 AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' PROMOZIONALI: marketing diretto da parte del Titolare del trattamento al fine di svolgere attività di carattere informativo, formativo, statistico, promozionale anche con l'invio di comunicazioni mediante l'utilizzo di mezzi informatici o cartacei.

Timbro - firma _____