

PARTE ANAGRAFICA

Ragione sociale: _____

Codice fiscale: _____

Partita IVA: _____

Codice tariffa INAIL: _____

Forma di impresa:

Impresa Individuale	Impresa Familiare	Società Semplice
Società Cooperativa (SOC. COOP.)	Società in Nome Collettivo (SNC)	Società in Accomandita Semplice (SAS)
Società a Responsabilità Limitata (SRL – SRLS)	Società per Azioni (SPA)	Società in Accomandita per Azioni
	Altro	

Sede legale:

Indirizzo: _____

Tel.: _____ fax: _____

mail: _____

Indirizzo PEC: _____

Sede operativa (da compilare se diversa dalla sede legale):

Indirizzo: _____

tel.: _____ fax: _____

mail: _____

Indirizzo PEC: _____

Nominativo del/dei rappresentante/i legale/i dell'impresa: _____

Cellulare: _____

Attività prevalente svolta dall'impresa (utilizzare i campi predefiniti e integrare eventualmente con lo spazio di seguito) – per prevalente si intende l'attività svolta per almeno 60% del tempo annuale:

Edilizia civile (grandi costruzioni)	Ristrutturazione interna edificio	Lavori stradali
Edilizia civile (piccole costruzioni)	Ristrutturazione esterna edificio	Rimozione amianto
Rifacimento/manutenzione tetti	Costruzione prefabbricato	Installazione pannelli solari in quota (es. copertura)
Manutenzione facciata	Altro	
Specificare Altro: _____		



Codice ATECO 2007 dell'azienda:

ATECO 41: COSTRUZIONI DI EDIFICI	ATECO 42: INGEGNERIA CIVILE	ATECO 43: LAVORI DI COSTRUZIONE SPECIALIZZATI
Specificare Altro: _____		

Personale dell'impresa: Totale addetti _____ di cui immigrati da altri paesi _____

Tipologia di contratto	MASCHI	FEMMINE
DIPENDENTI T. INDETERMINATO		
DIPENDENTI T. DETERMINATO		
ALTRI CONTRATTI (es. tirocinio – apprendistato – stagisti – somministrazione)		

Attrezzature di lavoro/presidi anticaduta utilizzati normalmente per le lavorazioni in quota:

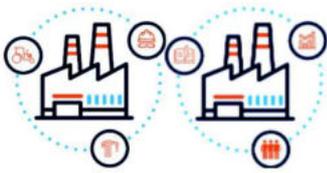
TRABATTELLI/PONTI SU RUOTE	SCALE PORTATILI	PARAPETTI PREFABBRICATI
PIATTAFORME DI LAVORO ELEVABILI (PLE)	PONTEGGI	DPI ANTICADUTA (es. imbracature)

SOGGETTI DELLA PREVENZIONE AZIENDALE		
NOMINATIVO DEL DATORE/I DI LAVORO		_____
NOMINATIVO RSPP		_____
INTERNO → a tempo pieno	a tempo parziale	PEO/PEC: _____
ESTERNO		Numero di telefono: _____
Addetti al SPP (interni):		
NO	SI a tempo pieno n. _____	SI a tempo parziale n. _____
NOMINATIVO DEL MEDICO COMPETENTE		PEO/PEC: _____
		Numero di telefono: _____
NOMINATIVO/I RLS		
INTERNO/I n. _____		ESTERNO: RLS territoriale

CONCLUSIONI

Ritiene che siano state utili le informazioni contenute nei documenti forniti?			
MOLTO	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE

In quali ambiti questo Piano Mirato ha migliorato la gestione del rischio di caduta dall'alto?		
- Revisione / aggiornamento del DVR / POS	SI	NN
- Applicazione / miglioramento delle misure organizzative	SI	NN
- Implementazione delle attrezzature di lavoro / opere provvisoriale	SI	NN
- Introduzione di attività di formazione ed addestramento specifici	SI	NN



- Revisione della Sorveglianza sanitaria	SI	NN
- Audit periodici	SI	NN
Altro (specificare):		

Commento generale sui punti di forza e criticità riscontrati nella partecipazione al PMP:
