

Questionario preliminare per elaborazione del DVR

Dati anagrafici generali dell'azienda

Ragione sociale	<input type="text"/>	Tipo attività	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
FAX	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
Partita IV A	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Cellulare	<input type="text"/>	Codice Fiscale	<input type="text"/>
		Come hai conosciuto i nostri servizi?	<input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> E-Mail ricevuta <input type="checkbox"/> FAX ricevuto

Attività dell'organizzazione

Descrizione dell'attività svolta

Medico competente (se presente)

ASL competente

Nome del medico competente

Data di affidamento incarico

Eventuali altre sedi operative

Denominazione sede

Indirizzo

Referente

Questionario preliminare per elaborazione del DVR

Dipendenti e collaboratori

Cognome e nome	Reparto / Settore / Ufficio	Mansione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il Rappresentante dei Lavoratori - RLS

Il RLS è stato eletto dai lavoratori?

 SI NO

È presente un RLS territoriale?

 SI NO

Cognome e nome RLS

Ruolo in azienda

Data e luogo di nascita

Data elezione/designazione

Attestato conseguito il

Il Resp. servizio di prev. e protez. - RSPP

Il titolare ha deciso di assumere egli stesso il ruolo di RSPP?

 SI NO

Cognome e nome RSPP

Ruolo in azienda

Data e luogo di nascita

Data elezione/designazione

Attestato conseguito il

Questionario preliminare per elaborazione del DVR

Il responsabile del Primo Soccorso

Il titolare ha deciso di assumere egli stesso il ruolo di resp. di primo soccorso?

SI NO

Cognome e nome Respons.

Ruolo in azienda

Data e luogo di nascita

Data elezione/designazione

Attestato conseguito il

Il responsabile delle misure antincendio

Il titolare ha deciso di assumere egli stesso il ruolo di resp. misure antincendio?

SI NO

Cognome e nome Respons.

Ruolo in azienda

Data e luogo di nascita

Data elezione/designazione

Attestato conseguito il

Data

Firma

1. La compilazione del presente questionario non costituisce alcun impegno all'acquisto dei servizi
2. I dati ricevuti tramite il presente modulo saranno analizzati entro 24 (*ventiquattro*) ore dall'invio dai consulenti dello Studio Mi.Lab che provvederanno a richiedere eventuali informazioni aggiuntive al cliente necessarie alla realizzazione di una corretta consulenza
3. Ai sensi del D.Lgs 196/03 si informa che i dati personali raccolti per mezzo della presente scheda saranno trattati sia in formato elettronico che cartaceo osservando tutte le misure minime di sicurezza obbligatorie previste dal Decreto in oggetto. Il richiedente con la firma apposta in calce conferma di essere stato informato riguardo le finalità e modalità di trattamento e dei propri diritti ed attesta il proprio libero consenso al trattamento dei dati personali per le finalità necessarie all'erogazione dei servizi di consulenza e formazione

MODULO DA RISPEDIRE TRAMITE EMAIL A info@studiomilo.it