

4. DATI RELATIVI ALLA DITTA

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nuovo contratto
--	------------------------

	4.1 Descrizione dell'attività svolta presso la committenza e modalità lavorative della Ditta
--	---

	4.2 Dati specifici
--	---------------------------

Ragione Sociale	
Sede Legale	
E-mail e telefoni	
PARTITA I.V.A. n.	
Iscrizione C.C.I.A.A.	
Posizione INPS	
Posizione INAIL	
Posizione Cassa Edile	
Datore di lavoro	
RSPP	
Medico Competente	
Medico Autorizzato	
Esperto Qualificato	
RLS	
Responsabile Appalto	
Numero dei lavoratori che svolgeranno l'attività presso i locali dell'Azienda Ospedaliera	
Orari di presenza dei lavoratori presso l'Azienda Ospedaliera	
Estremi del Documento di valutazione dei rischi	

4.3 Attrezzature di lavoro impiegate dalla Ditta

Tipologia / caratteristiche	Fase di lavoro in cui è utilizzata

4.4 Rischi propri dell'attività della Ditta

Rischio specifico	Fasi di lavoro

4.5 Formazione svolta

Rischio specifico	Lavoratori

4.6 Sorveglianza sanitaria attuata

Rischio specifico		Lavoratori

4.7 DPI in dotazione

DPI / caratteristiche	Lavorazioni / Fasi di impiego

4.8 Procedure operative di sicurezza adottate

Per uso attrezzature	
Per svolgimento attività lavorative	