**INCIDENTE DI SALUTE E SICUREZZA**

**MODULO DI REPORT**

ISTRUZIONI Compila questo modulo immediatamente dopo un incidente relativo al lavoro e invialo a:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| SEGNALATO DA | REPARTO |
|  |  |
| TELEFONO | E-MAIL |
|  |  |

DETTAGLI DELL'INCIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LUOGO | DATA DELL'INCIDENTE | ORA |
|  |  |  |
| TIPO INCIDENTE *selezionarne uno* |
|  | INFORTUNIO |  | INCIDENTE |  | INCIDENTE MANCATO |
|  | VIOLENZA |  | MALATTIA |  | SICUREZZA |
| DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE Segnala tutti i dettagli che potrebbero aver contribuito all'incidente. Allega ulteriori informazioni se necessario.  |
|  |
| DESCRIZIONE DEL RISULTATODettaglia tutti i danni / effetti sulla salute.  |
|  |
| MISURE CORRETTIVEDescrivi le misure correttive adottate per affrontare i rischi immediati correlati all'incidente.  |
|  |

INDIVIDUO INTERESSATO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | ID DIPENDENTE | DATA DI NASCITA |
|  |  |  |
| POSIZIONE titolo o designazione del lavoro, ad esempio visitatore, appaltatore, ecc.  |
|  |
| TELEFONO LAVORO | E-MAIL DI LAVORO |
|  |  |
| TELEFONO PERSONALE | E-MAIL PERSONALE |
|  |  |
| INDIRIZZO PRIVATO |
|  |
| NOME DEL DATORE DI LAVORO se l'individuo interessato non è un dipendente | TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO |
|  |  |
| INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO |
|  |

DETTAGLI DEL TESTIMONE

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | INFORMAZIONI DI CONTATTO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

PRONTO SOCCORSO

PRONTO SOCCORSO SOMMINISTRATO?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SÌ |  | SOMMINISTRATO DA |  |
|  | NO |  | INFORMAZIONI DI CONTATTO |  |
|  | N/D |  | TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE |  |
| DETTAGLI DEL PRONTO SOCCORSO SOMMINISTRATO |
|  |

POST INCIDENTE

|  |
| --- |
| DOVE È ANDATO L'INDIVIDUO INTERESSATO? *selezionare una opzione* |
|  | OSPEDALE |  | CASA |  | RITORNO AL LAVORO |  | ALTRO |
| SPIEGAZIONE / ULTERIORI DETTAGLI SE PRESENTI |
|  |

Un membro del comitato congiunto per la salute e la sicurezza è stato informato dell'incidente?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SÌ |  | INDIVIDUO CONTATTATO |  |
|  | NO |  | INFORMAZIONI DI CONTATTO |  |

NOTE AGGIUNTIVE

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni, è pertanto strettamente a proprio rischio. |