

**Piano Mirato di Prevenzione “Rischio cancerogeno professionale”
Rischio per la salute dei lavoratori nelle attività di saldatura**

ALLEGATO DA COMPILARE E RESTITUIRE ALLO SPRESAL ASL _____

A – Informazioni generali

Ragione sociale:		
Codice fiscale/partita IVA:		
Codice ATECO:		
Codice Tariffa INAIL:		
Indirizzo sede legale:		
Tel:	Pec:	@mail:
Indirizzo sede operativa:		
Tel:	Pec:	@mail:
Datore di lavoro:		
Tel:	Pec:	@mail:
R.S.P.P.:		
Tel:	Pec:	@mail:
Medico competente:		
Tel:	Pec:	@mail:

Addetti alla produzione:	n°	
Di cui:	Lavoratori dipendenti:	n°
	Soci lavoratori:	n°
	Lavoratori somministrati:	n°
Tipo di attività:	



B – Tecnologie di saldatura

Svolgete attività di saldatura?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No *
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

* In questo caso andare alla fine del questionario firmarlo e inviarlo all'ASL

Tipo di tecnologia utilizzata per le attività di saldatura:	<input type="checkbox"/> Elettrodo non fusibile (TIG/WIG)
	<input type="checkbox"/> Puntatrici
	<input type="checkbox"/> Elettrodo rivestito (LBH)
	<input type="checkbox"/> A filo con gas inerte/attivo (MIG-MAG)
	<input type="checkbox"/> A filo ad arco sommerso
	<input type="checkbox"/> Altro: _____

C – Materiale saldato

Tipo di materiale saldato:	<input type="checkbox"/> Acciaio al carbonio
	<input type="checkbox"/> Acciaio inox
	<input type="checkbox"/> Acciaio legato diverso dall'inox
	<input type="checkbox"/> Altro: _____

I pezzi sottoposti a saldatura sono anche di grandi dimensioni ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
--	------------------------------------	------------------------------------

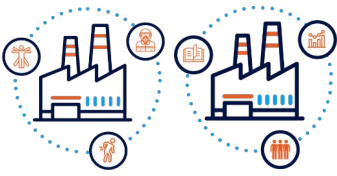
Quante postazioni di saldatura sono presenti?	_____
---	-------

Quanti addetti svolgono l'attività di saldatura?	_____
--	-------

Le operazioni di saldatura si svolgono anche in ambienti confinati?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
---	------------------------------------	------------------------------------

Nel caso l'Azienda non rientri nei casi previsti si chiede in ogni caso di trasmettere il questionario compilato, oppure darne informazione alla segreteria dello Spresal ASL _____

Note: _____



Dati Compilatore: Nome _____ Cognome _____

Qualifica ricoperta _____

Recapito Telefonico _____ Mail _____