

Allegato 1 – Modello di autocertificazione per i datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori. Il presente documento deve essere conservato in farmacia con apposizione di data certa.

AUTOCERTIFICAZIONE
Ai sensi dell'art. 29, comma 5 del d.lgs. n. 81/2008

Farmacia (ragione sociale)

Indirizzo

Titolarietà (persona fisica – società)

Nome del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi (assunzione diretta da parte del titolare o designazione di altra persona)

La valutazione è stata effettuata

- dal titolare della farmacia
 dal titolare della farmacia in collaborazione con

- il servizio di prevenzione e protezione interno
 il servizio di prevenzione e protezione esterno
 il medico competente
 altra consulenza tecnica (specificare)

Coinvolgimento delle maestranze: è stato coinvolto

- il rappresentante dei lavoratori
 il lavoratore
 altre indicazioni o osservazioni

Il sottoscritto dichiara di aver valutato nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati nonché nella sistemazione del luogo di lavoro e dell'organizzazione dell'attività lavorativa i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori.

Dichiara, inoltre, che all'esito della suddetta valutazione ha individuato ed adottato le misure di prevenzione e protezione e i dispositivi di protezione individuale ove necessari nonché ha programmato le misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza.

Data _____

Timbro e firma _____