

DOMANDA DI ADESIONE AL PROGRAMMA

1: PERSONA DI RIFERIMENTO DELL'IMPRESA/ENTE PER LA RETE WHP

- Nome e Cognome

- Ruolo all'interno dell'impresa/ente

- Email

- Altri contatti

Telefono:

Fax:

Altre e.mail:

2:DATI GENERALI DELL'IMPRESA/ENTE

- Denominazione

- Codice Fiscale

- Attività (descrizione)

- Indirizzo

- Città

- Numero lavoratori

- E.mail ufficiale

- PEC

3. LAVORAZIONE PRINCIPALE

- ☐ Agricoltura
- ☐ Alberghi e Ristoranti
- ☐ Altre Industrie Manifatturiere
- ☐ Altro
- ☐ Carta ed Editoria
- ☐ Chimica e Fibre Sintetiche
- ☐ Commercio e Riparazioni
- ☐ Costruzioni
- ☐ Elettromeccanica ed Ottica
- ☐ Energia elettrica, gas e acque
- ☐ Fabbricazione mezzi di trasporto
- ☐ Gomma plastica
- ☐ Immobili
- ☐ Informatica
- ☐ Servizi alle imprese
- ☐ Industria alimentare
- ☐ Industria estrattiva
- ☐ Istruzione
- ☐ Legno
- ☐ Metallurgia e Meccanica
- ☐ Produzione vetro, ceramica, cemento, ecc
- ☐ Pubblica amministrazione

- ☐ Sanità
- ☐ Tessile ed abbigliamento
- ☐ Trasporti e Magazzinaggio
- ☐ Altro specificare _____

4. AZIENDA USL DI COMPETENZA DELLA SEDE PRODUTTIVA¹
(specificare la zona distretto)

- ☐ Azienda Usl Toscana Centro (zona _____)
- ☐ Azienda Usl Toscana Nord Ovest (zona _____)
- ☐ Azienda Usl Toscana Sud Est (zona _____)

5. INDIRIZZO COMPLETO, INDIRIZZO DELLA SEDE PRODUTTIVA E N. CIVICO

Altro specificare _____

6. LAVORATORI² (AL 31/12 DELLO SCORSO ANNO SOLARE)

- ☐ Numero dipendenti totali
- ☐ Numero dipendenti a tempo indeterminato
- ☐ Numero dirigenti
- ☐ Numero impiegati
- ☐ Numero operai
- ☐ Numero medici
- ☐ Numero altre professioni sanitarie
- ☐ Altro

¹ La denominazione di sede produttiva, qualora l'impresa/ente non svolgano attività di produzione, va intesa come la "sede effettiva" ovvero il luogo in cui hanno concreto svolgimento le attività delle stesse.

² Per lavoratori si intende quanto definito dal decreto legislativo 81/08.

7. INFORTUNI SUL LAVORO E GIORNI DI MALATTIA NELL'ANNO PRECEDENTE

- ☐ Numero infortuni totali
- ☐ Numero infortuni in itinere
- ☐ Totale giorni di assenza per infortunio
- ☐ Totale giorni di assenza per infortunio in itinere
- ☐ Totale giorni di assenza per malattia

8. LA SEDE PRODUTTIVA

- ☐ E' dotata di veicoli dell'impresa/ente (auto, furgoni, altro)
- ☐ Sono presenti distributori automatici di alimenti e/o bevande
- ☐ E' dotata di ascensori

9. PER L'ALIMENTAZIONE DEI LAVORATORI L'IMPRESA/ENTE E' DOTATA DI:

- ☐ Mensa con cucina interna
- ☐ Un locale refettorio (con pasti che vengono portati da una ditta esterna di catering)
- ☐ Un locale autogestito per il consumo di alimenti portati da casa

- Se la refezione è appaltata a ditta esterna specificare la ditta:

10. MEDICO COMPETENTE DELL'IMPRESA/ENTE

- MEDICO 1

Nome e Cognome

E-mail

Telefono medico 1

- MEDICO 2

Nome e Cognome

E-mail

Telefono medico 2

11. Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

Impresa/ente

Nome e Cognome

Territoriale

Nome e Cognome

12. PRE-REQUISITI

Dichiaro che l'impresa/ente:

- ☐ è in regola con gli oneri contributivi e assicurativi
- ☐ ha redatto il Documento di Valutazione dei Rischi come previsto dal D. Lgs. 81/2008 e succ. mod. e rispetta le disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- ☐ è in regola con le norme ambientali (D. Lgs. 152/06 e succ. mod.);
- ☐ non ha riportato nei 5 anni precedenti condanne definitive relative all'applicazione del D.Lgs. 231/2001 (art. 25 septies – omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro o art. 25 undicies – reati ambientali);

NOTE: inserire in questo riquadro eventuali integrazioni od informazioni considerate utili in aggiunta a quelle richieste dal presente allegato