

ALLEGATO A

Al Responsabile del Servizio
di Prevenzione e Protezione
dello Studio _____

Via _____

_____ Data ___/___/___

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

nato a _____ il _____

residente in _____

in qualità di _____ (dipendente/collaboratore)

dello studio _____

dichiara che il giorno ___/___/___ alle ore __.____ e stato raggiunto il livello potenziale di danno per il pericolo di: (descrivere il pericolo)

Le condizioni lavorative che hanno determinato il raggiungimento del livello potenziale di danno sono state: (descrivere l'attività)

Si suggerisce che per ridurre o eliminare il rischio del raggiungimento di un livello potenziale di danno per il futuro sia necessario: (descrivere le misure che si ritiene di suggerire)

In fede

data ___/___/_____

firma