

# Check Up Aziendale



Punto SAFETY

Azienda / Studio			
Tipologia:			
SEDE/LUOGO			
Referente		Mail	
Cellulare		Telefono	
Nr. Dipendenti		Operatori P.Iva	
Pec		Codice Univoco	
Consulente		Mail	
Partita Iva / Codice Fiscale		Sito web	

## Codice Interno

Data	Divisione	Codice



# Elenco di controllo

# Verifica

ELEMENTI ELENCO DI CONTROLLO	Nr.	Data	Scadenza	Rischio	Note
<input type="checkbox"/> D.V.R.					
<input type="checkbox"/> Corso R.S.P.P.					
<input type="checkbox"/> Corso Lavoratori					
<input type="checkbox"/> Corso Antincendio					
<input type="checkbox"/> Corso Primo Soccorso					
<input type="checkbox"/> R.LS.					
<input type="checkbox"/> Corso Privacy					
<input type="checkbox"/> Registro Privacy					
<input type="checkbox"/> D.P.O.					
<input type="checkbox"/> Nomina Medico Competente					
<input type="checkbox"/> Crediti ECM					
<input type="checkbox"/> Piano Evacuazione					
<input type="checkbox"/> Visite mediche					
Acessori/Certificazioni		Data	Scadenza	Verifica	Note
<input type="checkbox"/> Cassetta Medica					
<input type="checkbox"/> Estintori (indicare se di proprietà o noleggio)					
<input type="checkbox"/> Certificazione Impianto Elettrico					
<input type="checkbox"/> Verifica messa a Terra					
<input type="checkbox"/> Prova Evacuazione					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					





