APPORRE DATA CERTA

ALATRI, 15/05/2009

Studio Dentistico
Dott. [redacted]
Via [redacted]
Cap [redacted] Città [redacted]

Autocertificazione dell'effettuazione della Valutazione dei Rischi

ai sensi dell'art. 29, comma 5, Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n° 81

Il sottoscritto dott. [redacted], nato a [redacted] il [redacted] e residente in [redacted] via _____, iscritto all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di FROSINONE al n° _____ in qualità di Datore di Lavoro dei dipendenti occupati presso il proprio Studio Dentistico con sede legale in [redacted], in attuazione dell'art. 17, comma a) e dell'art. 29, comma 5, D. Lgs 81/08 , premesso:

- che lo studio non occupa più di 10 lavoratori;
- che lo studio non rientra tra le attività considerate all'art. 31, comma 6, lettere a), b), c), d) e g) D. Lgs. 81/08

AUTOCERTIFICA

per l'attività di cui sopra, di aver adempiuto all'obbligo della Valutazione di tutti i rischi per la Sicurezza e la Salute di tutti i lavoratori sul luogo di lavoro ed agli obblighi ad essa collegati. Si evidenzia inoltre che il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (R.S.P.P.) dell'attività si identifica nella persona dello stesso Datore di Lavoro, dott. [redacted], come previsto dall'art. 34 del D. Lgs. 81/08.
La Valutazione è stata realizzata previa consultazione del rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.), Sig. [redacted], e lo stesso è stato informato sull'esito del processo valutativo.
L' Autocertificazione della Valutazione dei Rischi è stata effettuata anche con riferimento agli Ordini di Servizio ANDI ed ai documenti ANDI sulla Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il presente documento è redatto, depositato e consultabile presso lo studio a far data dal 15/05/2009

Il Dichiarante dott. [redacted]

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.) [redacted]