

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Modulo presa visione infortunio preposto	Pag. 1 di 1
		SSA.MO.006
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 01/10/2010

Data, _____

**INFORTUNIO RISCHIO BIOLOGICO OPERATORI AZIENDA USL
COMUNICAZIONE DELL'INFORTUNIO AL PREPOSTO**

Si comunica che l'operatore: _____

in data: _____ ha subito un infortunio a rischio biologico con le modalità riportate dall'operatore a pagina 4 della Scheda Personale di cui si allega copia.

La segnalazione ha l'obiettivo di informare il preposto degli eventuali comportamenti/manovre scorrette, del mancato utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)/dispositivi medici previsti dalla mansione specifica, o dello scorretto smaltimento di aghi/taglienti da parte dei lavoratori, al fine di vigilare sull'osservanza delle norme prescritte dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Data: _____

La referente della SSA

Data: _____

Firma per presa visione del preposto

Restituire il modulo firmato alla Referente della SSA