**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**LICEO ARTISTICO CATALANO**

**PALERMO**

Oggetto: autocertificazione sicurezza D.Lvo 81/2008.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

- di aver preso visione della documentazione pubblicata nel sito web dell’istituto  che in riferimento a quanto stabilito dall’art. 6 del D.Lgs. n. 151/2001 il Datore di Lavoro è tenuto ad adottare le misure per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio *a partire**dalla consegna del Certificato di Gravidanza o documento equivalente*.

**DICHIARA**

di aver frequentato i seguenti corsi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione corso**  **FORMAZIONE** | **Durata prevista da normativa** | **Eseguito** | **Ore frequentate** | **Concluso in data** |
| **Generale lavoratori** | **4 ore** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Specifica lavoratori** | **4 ore - AA**  **8 ore - docenti e CS** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Preposti** | **8 ore** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Dirigenti** | **16 ore** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Addetto primo soccorso** | **12 ore** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Somministrazione farmaci** |  | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Uso del defibrillatore** |  | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Addetto antincendio** | **4 ore - rischio basso**  **8 ore - rischio medio**  **16 ore - rischio elevato** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Idoneità tecnica (antincendio)** |  | **¨ SI ¨ NO** |  |  |
| **Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)** | **32 ore** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)** |  | **¨ SI ¨ NO** |  |  |
| **Responsabile servizio di**  **prevenzione e protezione (RSPP)** |  | **¨ SI ¨ NO** |  |  |

**AGGIORNAMENTO**

Si prega di indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni.

Si invitano coloro che hanno frequentato i corsi di aggiornamento per:

* + rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
  + addetto al servizio di prevenzione e protezione;
  + responsabile del servizio di prevenzione e protezione;

a elencare e produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione corso**  **AGGIORNAMENTO** | **Durata prevista da normativa** | **Eseguito** | **Ore frequentat e** | **Concluso in data** |
| **Lavoratori, preposti e dirigenti** | **6 ore ogni 5 anni** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
| **Addetto primo soccorso** | **4 ore ogni 3 anni** | **¨ SI ¨ NO** | **\_\_\_\_** | **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |

**Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link : <https://www.liceartisiticocatalano.edu.it>

Palermo, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_