

IMPRESA _____

REGISTRO ADDESTRAMENTO LAVORATORE
(artt. 37, 71, 73, 164, 169, 184, 195, 227 D.Lgs.81/08 – D.Lgs.475/92)

Data: _____ **Addestratore:** Nome _____ Cognome _____

Lavoratore: Nome _____ Cognome _____

Data e luogo di nascita _____ Mansione Lavorativa: _____

Reparto: _____

Addestramento in ordine a:	indicare la tipologia:	Durata: giorni/ore:
<input type="checkbox"/> utilizzo di DPI	<input type="checkbox"/> otoprotettori	_____
	<input type="checkbox"/> cintura di sicurezza	_____
	<input type="checkbox"/> abiti alta visibilità	_____
	<input type="checkbox"/> autorespiratore	_____
	<input type="checkbox"/> guanti isolanti	_____
	<input type="checkbox"/> calzature isolanti	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di attrezzatura/e	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di strumento/i	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di impianto/i	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di sostanza/e	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di macchine	_____	_____
<input type="checkbox"/> corrette manovre e procedure da adottare per la MMC		
.....	_____	_____

svolgimento delle operazioni di: _____

Il lavoratore ha superato positivamente la verifica
e risulta ora competente a svolgere l'attività di: _____

Firma Lavoratore

Firma dell'addestratore
