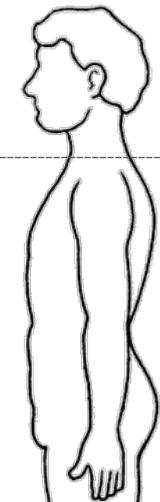
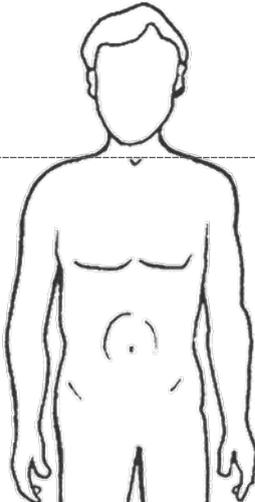
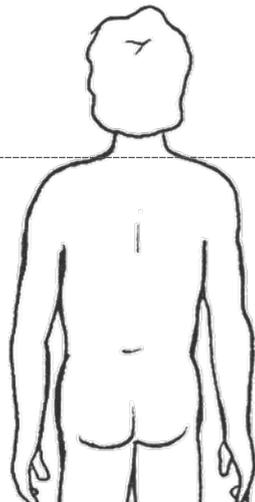
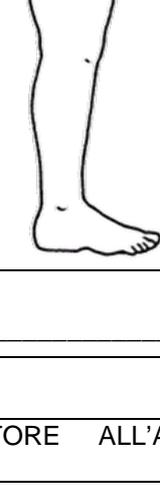
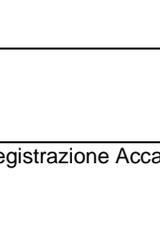
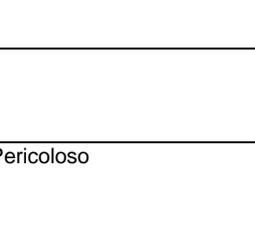
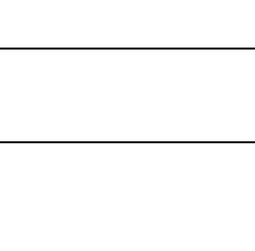
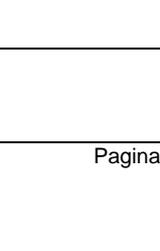


MODULO REGISTRAZIONE ACCADIMENTO PERICOLOSO (M.RAP)

AZIENDA:	
<input type="checkbox"/> INFORTUNIO (I)	<input type="checkbox"/> NEAR MISS (N)
SEDE ACCADIMENTO:	
DATA E ORA ACCADIMENTO:	
LAVORATORE/I INTERESSATO/I:	
REPARTO:	MANSIONE:

DESCRIZIONE ACCADIMENTO	
I	
N	

INDICARE LA PARTE DEL CORPO INTERESSATA				
	A (Sx)	B (Fronte)	C (Retro)	D (Dx)
1				
2				
3				
DETTAGLIO PARTE DEL CORPO INTERESSATA E TIPO LESIONE: _____				

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE INDOSSATI DAL LAVORATORE ALL'ATTO DELL'ACCADIMENTO	
I	
N	

L'OPERAZIONE CHE HA CAUSATO L'INFORTUNIO/NEAR MISS VENIVA SVOLTA IN QUESTO MODO:	
I N	

COSA PREVEDE IL DVR IN MERITO ALLO SVOLGIMENTO DEL COMPITO IN ESAME?	
I N	

LAVORATORI CHE TESTIMONIANO LA DINAMICA DESCRITTA:	
COGNOME E NOME	FIRMA

INTERVENTO DI PRIMO SOCCORSO	
I	SVOLTO DA (COGNOME, NOME): SE IL LAVORATORE È STATO ACCOMPAGNATO AL PRONTO SOCCORSO: <ul style="list-style-type: none">• PERSONA CHE L'HA ACCOMPAGNATO:• AL PRONTO SOCCORSO DI:• ALLE ORE: L'INFORTUNATO È STATO RICOVERATO? <input type="checkbox"/> (contrassegnare la casella in caso di risposta affermativa)

LUOGO E DATA DI COMPILAZIONE:
COMPILATO DA (COGNOME, NOME E FIRMA):

CONSIDERAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO

È NECESSARIA L'APERTURA DI UN'AZIONE CORRETTIVA? <input type="checkbox"/> (proseguire la compilazione del modulo) NON È NECESSARIA L'APERTURA DI UN'AZIONE CORRETTIVA? <input type="checkbox"/> (concludere la compilazione del modulo)
MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DA PREDISPORRE
RESPONSABILE ATTUAZIONE (COGNOME, NOME E FIRMA):
TEMPI PREVISTI PER L'ATTUAZIONE:

(Responsabile del Servizio di
Prevenzione e Protezione)

(Datore di lavoro)