**REGISTRO DEGLI INTERVENTI DI ADDESTRAMENTO AI SENSI DELL’ART.37, COMMA 5 D.LSG. 81/08 MODIFICATO DALLA LEGGE 215/2021**

Brevi istruzioni: conservare il modulo compilato e firmato presso i locali in cui si svolgono le attività di addestramento, in modo che possa essere mostrato agli organi di vigilanza in caso di controllo;

la compilazione di questo modulo può essere suddivisa in più momenti/giorni ed effettuata da differenti addestratori/persone esperte sulla base dell’organizzazione del lavoro.

Suggerimento: se nell’ambiente di lavoro sono disponibili, per ciascuna tipologia di attrezzature, procedure operative con illustrate modalità di impiego e pulizia/manutenzione o le schede RAO (attività omogenee) presenti in SOSIA, dichiararne l’esistenza e il fatto che il lavoratore ne prende visione in loco

Dipartimento/Centro/Area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsabile delle attività di ricerca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Cognome Nome firma*

|  |  |
| --- | --- |
| **Lavoratore:** | **Rapporto lavorativo:** |
| Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Professore/ssa Ordinario Professore/ssa AssociatoRicercatore/trice PTA Assegnista Dottorando/a  Borsista di ricerca post laurea Laureato/a frequentatore/trice Ospite Studente/ssa /tirocinante Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Al lavoratore sono consegnati i dispositivi di protezione individuale accompagnati dalle relative istruzioni di utilizzo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del lavoratore*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADDESTRAMENTO** | | | | **L’addestratore dichiara che il lavoratore ha superato positivamente l’addestramento effettuato** |  |
| **ELENCO ATTIVITA’ (come da SOSIA)** | **Durata** | **Data** | *Nome e qualifica Addestratore* | *Firma dell’addestratore* | *Firma del lavoratore* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |