Immagine che contiene testo, Carattere, Elementi grafici, grafica

Descrizione generata automaticamente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mod **2**  **COINVOLGIMENTO R.L.S.T. EDILIZIA** |  | **Codice**  **Edilcassa Veneto** |  |

□ **CONFARTIGIANATO** □ **CNA** □ **CASARTGIANI**

**Provincia di …………….…..…………..**

**Spett.li**

* **R.L.S.T. / ASC Veneto**
* **SICURFORM Veneto**

[info@pec.sicurformveneto.it](mailto:info@pec.sicurformveneto.it)

Su mandato della seguente Impresa iscritta ad Edilcassa:

|  |  |
| --- | --- |
| *Ragione sociale* | *Sede* |
|  |  |

lo scrivente recapito dell’Associazione provinciale, con l’invio della presente, attiva la procedura di coinvolgimento del RLST di cui al Contratto Regionale del settore edile artigiano e PMI del Veneto del 15.6.2016 art.2 e dal regolamento previsto dal medesimo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MOTIVO del COINVOLGIMENTO: *(barrare il servizio che ricorre )* | | |
|  | **A** | SERVIZIO DI CONSULENZA CONTINUATIVO DI DURATA ALMENO ANNUALE |
|  | **B** | O DVR (stesura o sostanziale aggiornamento)  O Integrazione DVR per A.S.L./PCTO  O Integrazione DVR per APPRENDISTATO DUALE |
|  | **C** | SERVIZIO CHECK UP AZIENDALE |
|  | **D** | ADOZIONE GUIDA OPERATIVA SGSL “SISTEMA CASA ARTIGIANATO” |
|  | **E** | ATTUAZIONE PROTOCOLLO SICUREZZA E ALTRE AZIONI “COVID19” |
|  | **F** | VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA AGENTI CANCEROGENI - MUTAGENI |
|  | **G** | PREDISPOSIZIONE DEL P.O.S. |
|  | **H** | PREDISPOSIZIONE DEL PI.M.U.S. |

Il servizio di cui sopra sarà erogato dall’**Associazione** o per il tramite della **Società/Centro Servizi** ………………………………………………………p.iva /c.f………………………………………………attraverso il tecnico ………………….…………..….…..…….…iscritto nell’ elenco istituito da CPR / SICURFORM Veneto

*(cognome e nome)*

*Firma del Tecnico ……………………………………*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *DATA INVIO MAIL/*  *Avvio coinvolgimento*  **/     /** |  | *Firma e timbro*  *recapito dell’Associazione provinciale*  ***……………………………………………*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | ***DA COMPILARE A CURA DEL RLST***  **RICEVUTA PER AVVENUTO COINVOLGIMENTO** | | | **Il sottoscritto ………………………… ………………………**  *Nome Cognome*  ***quale RLST competente, confermo che ho preso visione della relazione finale (allegata) curata dal responsabile del servizio associativo e attesto che l’attività prevista è stata svolta ed il mio coinvolgimento realizzato.***  ***Data …………………………………………………….. FIRMA RTLS ……………………………………………………………………………*** | | | ***Da restituire a cura del RLST al recapito dell’Associazione provinciale di riferimento ed a SICURFORM Veneto***  ***entro 5 giorni dal ricevimento della relazione finale*** | |