

ISCRIZIONE alla Rete WHP

1. DATI GENERALI DELL'AZIENDA

Benvenuto!

Stai per iscrivere la tua Azienda alla Rete Regionale WHP (Workplace Health Promotion), il network delle Aziende che promuovono Salute.

Per ora il sistema non salva inserimenti non completati. Pertanto consigliamo, prima di iniziare l'inserimento, di raccogliere tutti i dati necessari elencati nel pdf del modulo di iscrizione scaricabile da qui: <http://retewhplombardia.org/strumenti/>

Raccomandiamo di rispondere a tutte le domande e ricordiamo che se l'Azienda ha più unità produttive, ogni unità produttiva va iscritta separatamente. Grazie.

1. DATA DI COMPILAZIONE

Data GG MM AAAA
 / /

* 2. PERSONA DI RIFERIMENTO DELL'AZIENDA PER LA RETE WHP

1. NOME COGNOME

2. RUOLO

3. E-MAIL

6. altre E-MAIL di persone coinvolte (possibile inserire più mail)

4. TELEFONO

5. FAX

*** 3. DATI GENERALI DELL'AZIENDA**

DENOMINAZIONE

CODICE FISCALE

ATTIVITA' (DESCRIZIONE)

MAIL UFFICIALE (es. INFO@...)

codice WHP azienda (NON COMPILARE)

*** 4. LAVORAZIONE PRINCIPALE**

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> AGRICOLTURA | <input type="radio"/> IMMOBILI INFORMATICA E SERVIZI ALLE IMPRESE |
| <input type="radio"/> ALBERGHI E RISTORANTI | <input type="radio"/> INDUSTRIA ALIMENTARE |
| <input type="radio"/> ALTRE INDUSTRIE MANIFATTURIERE | <input type="radio"/> INDUSTRIA ESTRATTIVA |
| <input type="radio"/> ALTRO * | <input type="radio"/> ISTRUZIONE |
| <input type="radio"/> CARTA E EDITORIA | <input type="radio"/> LEGNO |
| <input type="radio"/> CHIMICA E FIBRE SINTETICHE | <input type="radio"/> METALLURGIA E MECCANICA |
| <input type="radio"/> COMMERCIO E RIPARAZIONI | <input type="radio"/> PRODUZIONE VETRO, CERAMICA, CEMENTO ECC.. |
| <input type="radio"/> COSTRUZIONI | <input type="radio"/> PUBBLICA AMMINISTRAZIONE |
| <input type="radio"/> ELETTROMECCANICA E OTTICA | <input type="radio"/> SANITA' |
| <input type="radio"/> ENERGIA ELETTRICA, GAS E ACQUE | <input type="radio"/> TESSILE E ABBIGLIAMENTO |
| <input type="radio"/> FABBRICAZIONE MEZZI TRASPORTO | <input type="radio"/> TRASPORTI E MAGAZZINAGGIO |
| <input type="radio"/> GOMMA PLASTICA | |

* Altro (specificare)

*** 5. PROVINCIA DELLA SEDE PRODUTTIVA**

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Monza e Brianza | <input type="radio"/> Pavia |
| <input type="radio"/> Brescia (Eccetto Valcamonica) | <input type="radio"/> . |
| <input type="radio"/> Cremona | <input type="radio"/> Lodi |
| <input type="radio"/> Sondrio | <input type="radio"/> Bergamo |
| <input type="radio"/> Milano | <input type="radio"/> Lecco |
| <input type="radio"/> Como | <input type="radio"/> Valle Camonica |
| <input type="radio"/> Mantova | <input type="radio"/> Varese |

ISCRIZIONE alla Rete WHP

3. Comuni Bergamo

* 6. COMUNE DELLA SEDE PRODUTTIVA

ISCRIZIONE alla Rete WHP

18. Indirizzo completo

21. Indirizzo della Sede produttiva e numero civico

ISCRIZIONE alla Rete WHP

19. DATI SUI LAVORATORI

* 22. DIPENDENTI

(al 31/12 dello scorso anno solare)

8. ALTRO

6. NUMERO MEDICI

7. NUMERO ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

1. NUMERO DIPENDENTI TOTALI

2. NUMERO DIPENDENTI A TEMPO
INDETERMINATO

3. NUMERO DIRIGENTI

4. NUMERO IMPIEGATI

5. NUMERO OPERAI

* 23. INFORTUNI SUL LAVORO E GIORNI DI MALATTIA - ANNO PRECEDENTE

NUMERO INFORTUNI TOTALI

NUMERO INFORTUNI IN ITINERE

TOTALE GIORNI DI ASSENZA PER INFORTUNIO

TOTALE GIORNI DI ASSENZA PER INFORTUNIO IN ITINERE

TOTALE GIORNI DI ASSENZA PER MALATTIA

ISCRIZIONE alla Rete WHP

20. ALTRI DATI

24. LA SEDE PRODUTTIVA:

- ☐ E' DOTATA DI VEICOLI AZIENDALI (AUTO, FURGONI, ALTRO)
- ☐ SONO PRESENTI DISTRIBUTORI AUTOMATICI DI ALIMENTI E/O BEVANDE
- ☐ E' DOTATA DI ASCENSORI

25. PER L'ALIMENTAZIONE DEI DIPENDENTI L'AZIENDA E' DOTATA DI:

- ☐ MENSA CON CUCINA INTERNA
- ☐ UN LOCALE REFETTORIO (CON PASTI CHE VENGONO PORTATI DA UNA DITTA ESTERNA DI CATERING)
- ☐ UN LOCALE AUTOGESTITO PER IL CONSUMO DI ALIMENTI PORTATI DA CASA

SE REFEZIONE APPALTATA A DITTA ESTERNA SPECIFICARE LA DITTA:

* 26. MEDICO COMPETENTE DELL'AZIENDA

NOME COGNOME
MEDICO 1

E-MAIL MEDICO 1

TELEFONO MEDICO 1

NOME COGNOME
MEDICO 2

E-MAIL MEDICO 2

TELEFONO MEDICO 2

*** 27. - PRE-REQUISITI -**

Dichiaro che l'azienda:

- ☐ È IN REGOLA CON GLI ONERI CONTRIBUTIVI E ASSICURATIVI
- ☐ RISPETTA LE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DI IGIENE NEI LUOGHI DI LAVORO
- ☐ NON HA RIPORTATO NEI 5 ANNI PRECEDENTI CONDANNE DEFINITIVE RELATIVE ALL'APPLICAZIONE DEL DLGS 231-/2001 (ART 25 - SEPTIES - OMICIDIO COLPOSO O LESIONIGRAVI O GRAVISSIME COMMESSE CON VIOLAZIONE DELLE NORME SULLA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO O ART 25- UNDECIES - REATI AMBIENTALI).