**MODULO SEGNALAZIONE INCIDENTE/ MANCATO INFORTUNIO**

|  |
| --- |
| **COGNOME E NOME** di chi ha rilevato l’incidente: |
| **STRUTTURA** dove è avvenuto l’incidente: |
| **DATA e GIORNO incidente**:………………………………………………. **ORA incidente**:………………………… |
| **REPARTO/LUOGO** dove è avvenuto l’incidente:………………………………………………………………………………………… |
| **PERSONALE COINVOLTO**: |

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE DELL’INCIDENTE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **ULTERIORI NOTE ESPLICATIVE SUI FATTI E POSSIBILI CAUSE**(indicare i probabili motivi dell’accaduto e quelli che hanno permesso di evitare l’infortunio; inoltre vanno indicati, se utile, gli eventuali accorgimenti da adottare per evitare il riverificarsi dell’evento) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

# DATA:…………………………… FIRMA:………………………………………………………………………………

**INVIARE ALL’UFFICIO TECNICO**

Per Incidente / mancato infortunio si intende qualsiasi evento, correlato al lavoro, che avrebbe potuto causare un infortunio o danno alla salute (malattia) o morte ma, solo per puro caso, non lo ha prodotto: un evento quindi che ha in sé la potenzialità di produrre un infortunio.

(es.: rischio di scivolare perché non c’era il cartello “pavimento bagnato”, perché il pavimento è rimasto bagnato dopo il bagno dell’ospite, …..ritrovamento di ago per siringa nel letto/biancheria/pavimento, con cui avrei potuto pungermi; ritrovamento vetri rotti nel sacco immondizia;ecc.)

PARTE RISERVATA AL RSPP

|  |
| --- |
| **INDIVIDUAZIONE CAUSE DELL’INCIDENTE** |
| Cause: |
|  |
|  |
| Comportamenti imprudenti/procedure di sicurezza violate: |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **INDIVIDUAZIONE AZIONE CORRETTIVA DA INTRAPRENDERE** |
|  |
|  |
|  |
| Da attuarsi entro: |
| Responsabile dell’attuazione (cognome e nome): |
| Responsabile della verifica dell’attuazione (RSPP): |

# Data:…………………………. Firma (RSPP):……………………………………..

|  |
| --- |
| **REGISTRAZIONE DEI RISULTATI DELLA AZIONI ATTUATE** |
| **I^ verifica** |  |
|  |
|  |
| **A.C. chiusa** | Si | No | Data: |  | firma RSPP |  |

Firma del responsabile dell’attuazione:…………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **II^ verifica** |  |
|  |
|  |
| **A.C. chiusa** | Si | No | Data: |  | firma RSPP |  |

Firma del responsabile dell’attuazione:…………………………………………………………………………………