SEDE _____

data *ora*

EVENTO

- ☐ *INFORTUNIO/MANCATO INFORTUNIO*
- ☐ *INCIDENTE*
- ☐ *COMPORTAMENTO PERICOLOSO*

Soggetto/i Coinvolto/i:

nome	*cognome*
nome	*cognome*
nome	*cognome*

Altre persone presenti

nome	*cognome*
nome	*cognome*

Descrizione Dettagliata Evento:

Utilizzo i DPI: SI ☐ NO ☐ NON PREVISTI ☐

Possibili cause:

AZIONI CORRETTIVE e/o PREVENTIVE proposte:

L'analisi comporta la revisione DVR: SI ☐ NO ☐

Compilato da preposto

_____

Per presa Visione:

Datore Lavoro Sicurezza _____ data _____

Responsabile SPP _____ data _____

Rappresentante LS _____ data _____

Rappresentante LS _____ data _____

Rappresentante LS _____ data _____

Medico Competente _____ data _____