***Azienda .....................***

***DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI***

***(artt. 17, 28 e art. 29 c.6 quater, del D.Lgs. 81/08)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Data (1), ……………………………………** |  |
| **Datore di lavoro:** | **……………………………………** |

**Se necessario, ai soli fini della prova della data:**

|  |  |
| --- | --- |
| **RSPP** | **……………………………………** |
| **Medico Competente (ove nominato)** | **……………………………………** |
| **RLS/RLST** | **……………………………………** |

AAA

| **Rischio o adempimento** | **Misure di prevenzione e protezione già adottate** | **Misure di prevenzione e protezione di miglioramento** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |