**AUTOCERTIFICAZIONE DI ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AMIANTO**

Io sottoscritto………………….nato a ……………………… il………………………………. residente a ……………………………… via……………………………………dichiaro di essere stato esposto ad amianto durante il lavoro per le aziende :

1. Denominazione Azienda ……………………………………………………………………………………………………………………........................................

Indirizzo Azienda ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

periodo di esposizione ad amianto ………………………………………………………………………………………………………………..

mansione: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Descrizione delle operazioni lavorative esponenti ad amianto: ……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dispositivi di protezione utilizzati in amianto ( es. guanti, grembiuli ) SI □ NO □

Uso di dispositivi di protezione individuale: SI □ NO □

Se sì quali………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Presenza di impianti di aspirazione localizzati e generali SI □ NO □

Accertamenti sanitari specifici per esposizione amianto SI □ NO □

1. Denominazione Azienda ……………………………………………………………………………………………………………………........................................

Indirizzo Azienda ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

periodo di esposizione ad amianto ………………………………………………………………………………………………………………..

mansione: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Descrizione delle operazioni lavorative esponenti ad amianto: ……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dispositivi di protezione utilizzati in amianto ( es. guanti, grembiuli) SI □ NO □

Uso di dispositivi di protezione individuale: SI □ NO □

Se sì quali………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Presenza di impianti di aspirazione localizzati e generali SI □ NO □

Accertamenti sanitari specifici per esposizione amianto SI □ NO □

1. Denominazione Azienda ……………………………………………………………………………………………………………………........................................

Indirizzo Azienda ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

periodo di esposizione ad amianto ………………………………………………………………………………………………………………..

mansione: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Descrizione delle operazioni lavorative esponenti ad amianto: ……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dispositivi di protezione utilizzati in amianto ( es. guanti, grembiuli) SI □ NO □

Uso di dispositivi di protezione individuale: SI □ NO □

Se sì quali………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Presenza di impianti di aspirazione localizzati e generali SI □ NO □

Accertamenti sanitari specifici per esposizione amianto SI □ NO □

Firma

Desio, …………………………………