

ALLEGATO 1

Mod C 626/1

REGISTRO DI ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI - DATI GENERALI

(Art. 70 - D.Lgs 626/94 come modificato dal D.Lgs 242/96)

Nominativo Ditta

Ragione Sociale.....

Data

Compilazione.....

Quadro A - Datore di lavoro

Sede Territoriale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax	ASL		
Sede Legale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax			
Legale Rappresentante	Nome	Cognome	Data Nascita	Luogo Nascita	Domicilio
					Qualifica
	Codice fiscale Ditta		Partita IVA Ditta		Codice attività ISTAT

Lavorazione unica o prevalente: Voce tariffa INAIL

Quadro B - Tipo di esposizione e tipo di lavorazione

Agente cancerogeno:
 SOSTANZA PREPARATO SISTEMI, PREPARATI E PROCED.

N. CAS	Q.A.*	N.CAS	Q.A.*	N.CAS	Q.A.*	(Num. el. all. VIII-)	Q.A.*
.....
.....
.....
.....

Altre lavorazioni correlate all'esposizione : Voce tariffa INAIL

..... Voce tariffa INAIL ove
 Voce tariffa INAIL consistente

* Quantità annuale utilizzata o prodotta nel ciclo produttivo (ove possibile determinarla)

Quadro C - Dipendenti

Totale Uomini	di cui esposti	Totale Donne	di cui esposte
Totale numero addetti attività produttive		Totale numero addetti attività amministrative e/o assimilabili.....	

Per informazioni sul modello rivolgersi a : NomeCognome.....Tel.....Fax.....

Timbro e Firma del datore di lavoro

ALLEGATO 1 A**Mod C 626/3****REGISTRO DI ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI - DATI GENERALI**

(Art. 70 - D.Lgs 626/94 come modificato dal D.Lgs 242/96)

NOMINATIVO DITTA-RAGIONE SOCIALE DATA

CODICE FISCALE PARTITA IVA

SEDE TERRITORIALE : Via Comune

Cod.Com. ISTAT CAP Prov N.Tel N. Fax

ATTIVITA' CESSATA IL
SI ALLEGA IL REGISTRO DELL'ESPOSIZIONE DEI LAVORATORI (E LE CARTELLE SANITARIE DI RISCHIO)

COMUNICAZIONE VARIAZIONI (compilare solo le parti da aggiornare)**Quadro A - Datore di lavoro: Nominativo Ditta - Ragione Sociale**

Sede Territoriale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax	ASL		
Sede Legale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax			
Legale Rappresentante	Nome	Cognome	Data Nascita	Luogo Nascita	Domicilio Qualifica
	Codice fiscale Ditta		Partita IVA Ditta		Codice attività ISTAT

Lavorazione unica o prevalente: Voce tariffa INAIL

Quadro B - Tipo di esposizione e tipo di lavorazione

Agente cancerogeno:

SOSTANZA PREPARATO SISTEMI, PREPARATI E PROCED.

N. CAS	Q.A.*	N. CAS	Q.A.*	N. CAS	Q.A.*	(Num. el. all. VIII)	Q.A.*
.....
.....
.....

- Altre lavorazioni correlate all'esposizione : Voce tariffa INAIL ove
..... Voce tariffa INAIL esistente

* Quantità annuale utilizzata o prodotta nel ciclo produttivo (ove possibile determinarla)

Quadro C - Dipendenti

Totale Uomini di cui esposti Totale Donne di cui esposte

Totale numero addetti attività produttive Totale numero addetti attività amministrative e/o assimilabili.....

Per informazioni sul modello rivolgersi a : Nome Cognome Tel Fax

Timbro e Firma del datore di lavoro.....