

**AUTOCERTIFICAZIONE DELL'EFFETTUAZIONE DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI
ai sensi del comma 5, art. 29 del D.Lgs. 81/2008**

(BOZZA)

Il sottoscritto _____
datore _____ di _____ lavoro
dell'Impresa_(tipologia)_____ (denominazione)_____

con sede in _____
esercente _____ l'attività _____ di
_____ con _____ numero _____ di
dipendenti _____ avendo\non avendo _____ medico competente _____
e rientrando nei casi previsti dall'Art. 29, comma 5 del D. Lgs. 81/2008

DICHIARA

di aver effettuato la valutazione dei rischi prevista dall'Art. 28, comma 1 del citato decreto, utilizzando anche i dati derivanti da

ed a seguito di specifiche ricerche sulla valutazione dei rischi durante il lavoro nelle attività _____ avendo provveduto all'adempimento degli obblighi ad essa collegati

Allegati:

Data

Firma

(datore di lavoro)