
 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>REGIONE LAZIO ASLROMA I DIPARTIMENTO DEI LABORATORI DIRETTORE DOTT. M.MELEDANDRI</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>	
		<p>Rev. 0 del 06/02/2025</p>	<p>Allegato I Pag. 1/1</p>
<p>GESTIONE IN SICUREZZA IN CASO DI SVERSAMENTO DI SOSTANZE E MISCELE PERICOLOSE</p>		<p>MR I: 7-A- B-C-E-F – PRO 2</p>	

ALLEGATO I

Modulo di segnalazione /sversamento/contatto accidentale da inviare all'indirizzo spp@aslroma1.it

Cognome, Nome, Matricola, Telefono del/dei soggetti coinvolti

.....
.....

Mansione del/dei soggetti coinvolti

.....
.....

Azienda e sede di lavoro

.....
.....

Unità Organizzativa

.....
.....

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE O DEL NEAR MISS

Data, ora e luogo dell'evento

.....

Attività che il soggetto coinvolto nell'incidente stava svolgendo

.....
.....

.....
.....

Descrizione dell'evento

.....
.....

.....
.....

Eventuale danno



.....
.....

.....
.....

Attività svolta per correggere tempestivamente l'incidente

.....
.....

.....
.....

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASLROMA I DIPARTIMENTO DEI LABORATORI DIRETTORE DOTT. M.MELEDANDRI		 REGIONE LAZIO
			Rev. 0 del 06/02/2025
			Allegato I Pag. 1/1
GESTIONE IN SICUREZZA IN CASO DI SVERSAMENTO DI SOSTANZE E MISCELE PERICOLOSE		MR I: 7-A- B-C-E-F – PRO 2	

Indicazioni affinché per evitare che l'incidente si ripeta

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data __/__/____

Firma