

(compilare questa sezione solo nel caso sia avvenuto un infortunio)

7. Infortunio:

- a proprio dipendente
- a dipendente Cooperativa Portuale/Impresa ex art.17 L.84/94
- altro.....

8. L'infortunato aveva la mansione di:

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

9. L'infortunato era incaricato dei lavori:

.....
.....

10. Descrizione del tipo di infortunio:

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

11. Luogo in cui è avvenuto l'infortunio:

.....
.....

12. Descrizione delle cause che hanno provocato l'infortunio:

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

13. Nome dell'infortunato:

.....

14. Soggetto responsabile della sicurezza:

.....

Data: _____

Firma: _____
(Datore di lavoro Impresa portuale ex art. 16 L. 84/94)

Alla Autorita' Portuale di Ravenna

Oggetto: Comunicazione della ripresa delle operazioni e dei servizi portuali ai sensi dell'art. 4 comma 4 del D.Lgs. 272/99 e dell'art.5 dell'ordinanza n.3/2000 del Presidente dell'Autorità Portuale.

Impresa portuale ex art.16 L.84/94.....

Nome della nave.....Tipo di nave.

Tipo di merce.....Accosto.....

Data ripresa operazioni.....Ora ripresa operazioni

Principale apparecchiatura di movimentazione utilizzata
(Specificare tipo e matricola)

Breve descrizione dell'incidente:
(confermare o aggiornare ed integrare le informazioni già fornite con la comunicazione di sospensione delle operazioni e dei servizi)

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

Misure adottate per il ripristino delle condizioni di sicurezza, preliminarmente alla ripresa delle OP/SP:
(es. riparazione/modifica/sostituzione attrezzatura di lavoro, nuove procedure operative, ecc.)

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

Data: _____

Firma: _____
(Datore di lavoro Impresa portuale ex art. 16 L. 84/94)

Allegati 1. _____
2. _____
.....