

N. Segnalazione: _____ (a cura di SeS/DITE)

Sezione 1: Segnalazione evento incidentale

- NEAR MISS**
 MEDICAZIONE
 ALTRO (indicare)
 EVENTO INCIDENTALE AMBIENTALE _____
 INFORTUNIO CON ASSENZA _____

Descrizione del luogo in cui è avvenuto l'evento:	
Data, ora dell'evento:	
Evento (descrizione sintetica dell'accadimento):	
Causa dell'Evento:	
Conseguenze dell'Evento (anche potenziali):	
Azioni Immediate Intraprese:	
Responsabile delle azioni immediate intraprese:	
DATA:	FIRMA:
NOMINATIVO COMPILATORE:	
Ruolo Aziendale:	
	RESP/FUNZIONE ¹ :

Sezione a cura di SeS/DITE	
Evento significativo:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Componenti del Team Investigation:	1. 2. 3. 4.
Data: _____	Firma SeS/DITE: _____

¹ Responsabile di funzione della persona aziendale infortunata o dell'area interessata dall'evento. Il gestore del contratto per infortuni accaduti a terzi o in area cantiere gestite da terzi.

Sezione 2: Rapporto di indagine

LUOGO EVENTO:	DATA EVENTO:	
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'EVENTO:		
PERSONALE COINVOLTO DALL'EVENTO:		
CAUSE DIRETTE CHE HANNO SCATENATO L'EVENTO:		
CAUSE DI BASE ALL'ORIGINE DELL'EVENTO:		
VERIFICA EFFICACIA AZIONI IMMEDIATE (TRATTAMENTO):		
DOCUMENTI A SUPPORTO DEL RAPPORTO DI INDAGINE:		
RESPONSABILE ANALISI:	FIRMA	DATA
APERTURA RICHIESTA AZIONE CORRETTIVA	SI <input type="checkbox"/> N. RAC _____	NO <input type="checkbox"/>
SeS/DITE:	FIRMA	DATA