

**AGENTI BIOLOGICI: REGISTRO DEGLI ESPOSTI E DEGLI EVENTI ACCIDENTALI - DATI GENERALI**  
(art. 87 - d.lgs. 626/1994 come modificato da d.lgs. 242/1996)

Nominativo ditta - Ragione sociale \_\_\_\_\_

Data compilazione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**Quadro A - Datore di lavoro**

Sede territoriale	Via _____	Comune _____	Cod. Com. Istat _____	Cap _____	Provincia _____
	Telefono _____	Fax _____	Asl _____		
Sede legale	Via _____	Comune _____	Cod. Com. Istat _____		
	Cap _____	Provincia _____	Telefono _____	Fax _____	
Legale rappresentante	Nome _____	Cognome _____	Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____		
	Luogo di 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**

Breve descrizione dell'attività _____	
- Agente biologico:	<input type="checkbox"/> Gruppo 3 <input type="checkbox"/> Gruppo 4
(Indicare il codice*)	_____
	_____
	_____
	_____
- Altre lavorazioni correlate all'esposizione:	Voce tariffa Inail _____
	Voce tariffa Inail _____
	Voce tariffa Inail _____

\* Consultare le specifiche per la compilazione. Per gli agenti non codificati riportare la denominazione per esteso.

**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 modulo rivolgersi a: 

Nome	_____	Cognome	_____
------	-------	---------	-------

Telefono	_____	Fax	_____
----------	-------	-----	-------

Firma del datore di lavoro