**SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI FABBISOGNI**

**SEZIONE 1 – DATI AZIENDA**

**AZIENDA**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione sociale |  |

**SEDE LEGALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Via: |  | | | CAP |  | | Città |  | | |
|  | | | | | | | | | |  |
| Codice fiscale | |  | | | | Partita IVA: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | |  |
| Classificazione: | | | PI  MI  GI | | | | Numero dipendenti[[1]](#footnote-1): | |  | |

Anno di costituzione \_\_\_\_\_\_\_

**SITO PRODUTTIVO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Via: |  | | | | | | CAP: | |  | | Città: | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefono: | |  | | | Fax: |  | | | | | Numero matricola INPS[[2]](#footnote-2): | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CCNL applicato: | | |  | | | | | | | Settore attività (codice ATECO 2007): | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referente per il piano formativo: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefono: | |  | | Cellulare: | | | |  | | | | e-mail: |  | | | |

**RAPPRESENTANTE LEGALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome: |  | | | | Nome: |  | |  |
|  | | | | | | | |  |
| Data di nascita: | |  | | Luogo di nascita: | | |  | |
|  | | | | | | | |  |
| Residenza: |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |
| Codice Fiscale: | | |  | | | | |  |

**NUMERO TOTALE DIPENDENTI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Categoria** | **uomini** | **donne** | **TOT** | **Turni di Lavoro** | **Orario di lavoro** |  |
| Operai |  |  |  | ….......... | …......... |  |
| Impiegati amministrativi |  |  |  |  |  |  |
| Impiegati tecnici |  |  |  |  |  |  |
| Quadri |  |  |  |  |  |  |
| Dirigenti |  |  |  |  |  |  |
| **TOT.** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DI CUI INTERESSABILI AD ATTIVITA' FORMATIVE** | | | | | | | | | | | |
| **Categoria** | **uomo** | | **donna** | **TOT** | **\*di cui**  **Over 50** | **di cui**  **lavoratori stagionali** | **di cui**  **Lavoratori sospesi** | **di cui**  **lavoratori con contratti di inserimento/reinserimento** | **\*\*di cui**  **stranieri** | **di cui**  **età inferiore a 32 anni** | **Di cui**  **lavoratori assunti da meno di 12 mesi** |
| Operai | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Impiegati | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quadri | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirigenti | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOT.** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\* conteggiare il lavoratore una sola volta nella categoria over 50, stagionali, sospesi e con contratto di inseriment/reiserimento*

*\*\* conteggiare il lavoratore una sola volta nella categoria stranieri, età inferiore ai 32 anni e assunti da meno di 12 mesi.*

*L’azienda è iscritta a Fondimpresa* ***No*** *-* ***Sì?***

*L’azienda è iscritta a Fondimpresa***[[3]](#footnote-3) *dal***

*L’azienda ha partecipato a corsi finanziati attraverso il Conto di Sistema dal 01/01/2007 ad oggi?* ***No*** *-* ***Sì***

*All’interno dell’Azienda sono presenti RSU?* ***No*** *-* ***Sì***

*All’interno dell’Azienda sono presenti RSA?* ***No*** *-* ***Sì***

***SEZIONE 2 – DESCRIZIONE AZIENDA***

***Descrivere le caratteristiche dell'azienda, sottolineandone il core business e altre particolarità***

**Descrivere le principali attività svolte dall'azienda**

**Descrivere il mercato di riferimento**

***SEZIONE 3 - FORMAZIONE***

Negli ultimi tre anni, sono stati realizzati corsi di formazione all’interno dell’azienda in favore dei dipendenti?

***No -  Sì***

In caso di **SI**: indicare le principali aree tematiche:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AREE TEMATICHE** | **TITOLO CORSO** | **DURATA ORE** | **Contributi forniti in termini di miglioramenti e cambiamenti** |
| AMBIENTE, SICUREZZA E INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA |  |  |  |
|  |  |  |
| SVILUPPO ORGANIZZATIVO |  |  |  |
|  |  |  |
| INNOVAZIONE TECNOLOGICA |  |  |  |
|  |  |  |
| COMPETENZE TECNICO-PROEFSSIONALI |  |  |  |
|  |  |  |
| COMPETENZE GESTIONALI E DI PROCESSO |  |  |  |
|  |  |  |
| QUALIFICAZIONE E RIQUALIFICAZIONE |  |  |  |
|  |  |  |

L’azienda ha adempiuto alla Formazione Obbligatoria sulla Sicurezza?

***No -***  ***Sì***

In caso di **SI**: Quali attività formative sono state realizzate?

In caso di **NO**: Quali attività formative l’azienda intende realizzare?

Quali sono i principali cambiamenti in atto in Azienda?

Problematiche del settore

Ha rilevato delle competenze critiche emergenti nella sua aziende legate al tema della sicurezza?

Esse sono legate a particolari categorie di dipendenti che possono definirsi “svantaggiati” e se sì per quali?

Ha intenzione di attivare dei percorsi formativi in materia di sicurezza?

***No*** *-* ***Sì***

In caso di **SI**: indicare le principali aree tematiche:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREE TEMATICHE** | **[[4]](#footnote-4)TITOLO CORSO** | **DURATA ORE** |
| SALUTE E SICUREZZA  *Interventi formativi finalizzati all’incremento della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, in una logica di sistema, e al miglioramento dei livelli di prevenzione e protezione contro gli infortuni e le malattie professionali.* |  |  |
|  |  |
| GESTIONE AMBIENTALE E SICUREZZA  *Azioni formative inerenti ad aspetti di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, direttamente connessi al Sistema di Gestione Ambientale.* |  |  |
|  |  |
| SISTEMI DI GESTIONE INTEGRATI  *Sviluppo delle competenze in materia di sicurezza e di tutela della salute nell’ambito di interventi per l’introduzione di sistemi di gestione della sicurezza o di sistemi di gestione integrata qualità, ambiente, sicurezza.* |  |  |
|  |  |

**Ulteriori informazioni relative alla sicurezza sui luoghi di lavoro**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE** | SI | NO | Note |
| L’azienda ha elaborazione del Documento di valutazione dei rischi? |  |  |  |
| L’azienda ha designato il RSPP ( Responsabile Del Servizio Di Prevenzione E Protezione )? |  |  |  |
| L’azienda ha verificato la necessita di effettuare la sorveglianza sanitaria, e se, necessaria è stato nominato il medico competente ? |  |  |  |
| L’azienda ha designato gli addetti alla gestione dell’emergenza (antincendio e rimo soccorso) e si è provveduto alla loro formazione ? |  |  |  |
| L’azienda ha eletto e formato del RLS (rappresentante dei lavoratori della sicurezza )? |  |  |  |
| Per aziende sopra i 10 dipendenti è presente il piano di emergenza aziendale ? |  |  |  |
| Per le aziende fino a 15 lavoratori: la riunione periodica di cui all’art.35 del D.Lgs.81/08 e s.m.i., viene effettuata almeno 1 volta l’anno. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMAZIONE** | SI | NO | NOTE |
| L’azienda ha effettuato la formazione ai dipendenti in riferimento al rischio di apparenza dell’azienda secondo L’accordo Stato Regione 21.12.2011? |  |  |  |
| L’azienda ha designato e formato i preposti per la sicurezza secondo quanto riportato dal Dlgs 81.08 ? |  |  |  |
| L’azienda ha organizzato momenti formativi per comparto produttivo,  garantendo la divulgazione dei dati e delle casisti  che degli infortuni e delle  malattie professionali propri dello specifico comparto. |  |  |  |
| L’azienda ha svolto corsi di lingua italiana integrativi per la formazione dei lavoratori stranieri. |  |  |  |

L’azienda è certificata? ***No*** *-* ***SI***

***ISO9001 -  ISO 14001  ISO TS 16949 -  OHSAS 18001  ISO 27001 -  Altro***

**Il Referente Aziendale**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Si autorizza il trattamento dei dati forniti relativi alla presente iniziativa e secondo quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003*

*Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

1. .*Deve essere indicato il numero medio dei lavoratori dipendenti (****quadri, impiegati e operai****) in forza nel 2013. Nel computo devono essere inclusi i lavoratori di tutte le unità produttive o sedi operative della medesima impresa (unico codice fiscale), anche se localizzate in ambiti territoriali diversi e dotate di una differente matricola INPS.*  [↑](#footnote-ref-1)
2. .*Si chiede di indicare il numero di posizione INPS su cui viene versato il contributo per i dipendenti. Se esiste più di un numero di matricola, per favore, distingueteli in base alla sede di riferimento o all’area aziendale.*  [↑](#footnote-ref-2)
3. *Tale informazione è recuperabile accedendo alla pagina aziendale sul sito dell’INPS, Sezione “Dati complementari”,sottosezione “Fondi interprofessionali”* [↑](#footnote-ref-3)
4. VEDI CATALOGO CORSI SICUREZZA [↑](#footnote-ref-4)