


Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Franciacorta</b>	<b>DIREZIONE GENERALE</b>	<b>SEGNALAZIONE NEAR MISS</b>	<b>M P7 342 003</b> <b>REV. 0</b> <b>PAG. 1 DI 1</b>
---	---------------------------	-------------------------------	--

## RAPPORTO DI SEGNALAZIONE NEAR MISS

DATI DEL LAVORATORE		DOVE È SUCCESSO
Nome e cognome		P.O/P.T.:
Firma		PRESIDIO:
		UO/SERVIZIO:
		LOCALE:
DATA E ORA IN CUI È SUCCESSO:		PERSONE COINVOLTE E/O DANNI A BENI AZIENDALI O AMBIENTALI:
DATA	ORARIO	
DESCRIVERE COSA È SUCCESSO O IL PROBLEMA RILEVATO		
EVENTUALE MATERIALE CONTAMINANTE:		
EVENTUALE ULTERIORE SEGNALAZIONE EFFETTUATA IN DATA _____ A _____		

SPAZIO RISERVATO A MEDICINA DEL LAVORO E/O SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

DATA RICEVIMENTO	FIRMA	DATA INDAGINE	FIRMA