

“Dichiarazione del Datore di Lavoro relativa alla esposizione della lavoratrice madre ad alcuni rischi, fornita sulla base della consultazione del documento di valutazione rischi.”

**DIPENDENTE:** .....

**MANSIONE:** .....

**Esposizione a rumore**  **NO**  **SI, superiore a Lex di 80 dBA**

Se sì, livello di esposizione giornaliero (**Lex**) : \_\_\_\_\_

**Esposizione a vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio**  **NO**

SI, livello di esposizione giornaliero inferiore o uguale a 2,5 m/sec<sup>2</sup> (valore d'azione)

SI, livello di esposizione giornaliero superiore a 2,5 m/sec<sup>2</sup> (valore d'azione)

**Esposizione a vibrazioni trasmesse al corpo intero**  **NO**

SI, livello di esposizione giornaliero inferiore o uguale a 0,5 m/sec<sup>2</sup> (valore d'azione)

SI, livello di esposizione giornaliero superiore a 0,5 m/sec<sup>2</sup> (valore d'azione)

**Movimentazione manuale carichi** **NO**  **SI**

Se sì, indice di sollevamento ottenuto con Metodo NIOSH:

Minore o uguale a 1

Maggiore di 1

Se sì, ma Metodo NIOSH non applicabile:

Peso minimo sollevato Kg \_\_\_\_\_ Peso massimo sollevato Kg \_\_\_\_\_

MMC di durata inferiore a 4 ore

MMC di durata uguale o superiore a 4 ore

**Sovraccarico biomeccanico arti superiori** **NO**  **SI**

Se sì:

PUNTEGGIO OTTENUTO CON CHECK LIST OCRA	PUNTEGGIO OTTENUTO CON METODO OCRA
<input type="checkbox"/> inferiore a 11,1	<input type="checkbox"/> Indice Ocra inferiore a 3,6
<input type="checkbox"/> uguale o superiore a 11,1	<input type="checkbox"/> Indice Ocra uguale o superiore a 3,6

Data .....

Il Datore di Lavoro  
(Timbro e firma)