

**RAPPORTO DEL LAVORATORE DI  
PRESUNTA CONDIZIONE DI LAVORO NON IN SICUREZZA O NON SALUTARE**  
Per l'utilizzo di questo modulo, vedere AR 385-10; l'agenzia proponente e' l'Ufficio dell' Inspettore Generale

*Questo modulo e' fornito per l'assistenza di ogni querelante e non intende costituire l'esclusivo mezzo con il quale un querelante possa essere indicato all' Ufficio della Sicurezza locale (Ref. Manifesto OSHA sui diritti dei lavoratori e dei loro rappresentanti).*

Il sottoscritto (selezionarne uno)

Lavoratore     Rappresentante dei lavoratori     Altro (specificare)

Ritiene che esista un pericolo per la sicurezza o salute nel seguente luogo di lavoro

Questo rischio costituisce immediata minaccia per un grave danno fisico?     si     no

Se avete selezionato "si", contattare immediatamente il vostro supervisore o rappresentante per la sicurezza.

Nome del funzionario/ufficiale in carica

Telefono

Operazione/Attivita'

Posizione esatta del luogo di lavoro

1. Tipo di operazione

2. Descrivere brevemente il pericolo presente includendo l'esatto numero di lavoratori esposti o minacciati da tale rischio

3. Elencare tramite numero e/o nome la specifica norma(e) di sicurezza e salute professionale che potrebbe essere stata violata, se conosciuta

4. (a) Per quanto voi sappiate, questo rischio e' stato l'oggetto di qualche rimostranza del sindacato/direzione o altrimenti avete voi (o qualcuno da voi conosciuto) portato all'attenzione di, o discusso con il datore di lavoro o qualche rappresentante di tale rischio ?

(b) Se si, perfavore fornite i risultati di cio', includendo ogni sforzo da parte della direzione per eliminare o ridurre la gravita' del rischio.

5. Perfavore indicate la vostra volonta':

- Non voglio che il mio nome sia rivelato all'ufficiale/funzionario in carica
- Il mio nome puo' essere rivelato all'ufficiale/funzionario in carica

LUOGO DI LAVORO

NUM. TELEFONO

DATA

NOME IN STAMPATELLO DEL LAVORATORE O  
RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI

FIRMA

SELEZIONARE LA GUARNIGIONE