



Dipartimento di Prevenzione  
U.O.C. S.Pre.S.A.L.  
Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro

## ALLEGATO 4

Con la presente scheda l'Azienda comunica il proprio impegno a realizzare, durante il periodo di validità del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, le seguenti **BUONE PRATICHE** finalizzate alla Promozione della Salute e di sani stili di vita dei lavoratori:

### 1. Alimentazione

- Azioni a carattere informativo \_\_\_\_\_
- Azioni a carattere formativo \_\_\_\_\_
- Azioni specifiche \_\_\_\_\_
- Azioni del Medico Competente \_\_\_\_\_
- Altra iniziativa \_\_\_\_\_

### 2. Fumo

- Azioni a carattere informativo \_\_\_\_\_
- Azioni a carattere formativo \_\_\_\_\_
- Azioni specifiche \_\_\_\_\_
- Azioni del Medico Competente \_\_\_\_\_
- Altra iniziativa \_\_\_\_\_

### 3. Alcol

- Azioni a carattere informativo \_\_\_\_\_
- Azioni a carattere formativo \_\_\_\_\_
- Azioni specifiche \_\_\_\_\_
- Azioni del Medico Competente \_\_\_\_\_
- Altra iniziativa \_\_\_\_\_

### 4. Attività fisica

- Azioni a carattere informativo \_\_\_\_\_
- Azioni a carattere formativo \_\_\_\_\_
- Azioni specifiche \_\_\_\_\_
- Azioni del Medico Competente \_\_\_\_\_
- Altra iniziativa \_\_\_\_\_

### 5. Screening e Vaccinazioni

- Azioni a carattere informativo \_\_\_\_\_
- Azioni a carattere formativo \_\_\_\_\_
- Azioni specifiche \_\_\_\_\_
- Azioni del Medico Competente \_\_\_\_\_
- Altra iniziativa \_\_\_\_\_



Anno di invio dell'adesione e periodo di validità:  2023 – 2025  \_\_\_\_\_

Le **Buone Pratiche** scelte saranno realizzate con la collaborazione di:  
(indicare nome e Cognome)

- Medico Competente \_\_\_\_\_
- RSPP \_\_\_\_\_
- RLS \_\_\_\_\_
- Altre figure, specificare (Funzione, Nome e Cognome):  
\_\_\_\_\_

- L'Azienda comunicherà l'attuazione e/o il mantenimento nel tempo delle azioni intraprese e indicherà quale nuova azione intende promuovere entro il mese di GENNAIO di ogni anno.
- L'Azienda acconsente all'inserimento del proprio nome nell'elenco presente sul sito della Regione Lazio
  - NO
  - SI, solo il nome dell'Azienda
  - SI, il nome dell'Azienda e il sito internet

Data \_\_\_\_\_

Il Rappresentante legale/Referente  
per la promozione della salute

\_\_\_\_\_

Ai sensi del GDPR (*General Data Protection Regulation*) 2016/679 i dati forniti saranno utilizzati per le finalità di gestione amministrativa del programma, trattati con modalità cartacee e informatizzate. Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del GDPR 2016/679.

Data: / /

Firma