



IMI REPORT

Numero: 26805.1

PW - Distacco di lavoratori - richiesta di informazioni salute e sicurezza sul lavoro

Richiesta di informazioni sul distacco di lavoratori da parte di un prestatore di servizi

	Richiesta di informazioni sul distacco di lavoratori da parte di un prestatore di servizi
Motivo della richiesta	informazioni obbligatorie sulle misure sanitarie e di sicurezza informazioni obbligatorie per un infortunio sul lavoro

Date

	A norma dell'articolo 6, paragrafo 6, lettera b), della direttiva 2014/67/UE, le richieste devono essere trattate entro un massimo di 25 giorni lavorativi (vale a dire 35 giorni di calendario), a meno non sia stato concordato un termine più breve.
Numero di giorni di calendario entro cui è richiesta una risposta	9
Numero di giorni di calendario entro cui il destinatario è tenuto a rispondere	9
Data di invio	21/05/2021
Data di accettazione	21/05/2021
Data di consegna	30/05/2021

Dati identificativi del prestatore di servizi

Tipo di prestatore di servizi	Persona fisica
Nome	sample text
Cognome	sample text
Cittadinanza	Austria
Luogo di nascita	Noto
Paese di nascita	Austria
Località	sample text
Data di nascita	Noto
Data	02/05/2021

Settore dei servizi

Attività di servizi	Servizi di contabilità, revisione dei conti e servizi fiscali Servizi di pubblica amministrazione Servizi di pubblica amministrazione e difesa e servizi di previdenza sociale Servizi di istruzione degli adulti e altri servizi di istruzione
Codici NACE dei settori dei servizi	sample text

Indirizzo

Indirizzo del prestatore di servizi	Noto
Tipo di indirizzo	Recapito postale

Via e numero	sample text
Località	sample text
Codice postale	sample text
Paese	Austria
Regione	Burgenland

Recapiti

Indirizzo e-mail	sample@text.imi
Numero di telefono	+1234567

Identificazione

Codice fiscale/partita IVA	Noto
Codice fiscale/partita IVA	sample text
Altro tipo di identificazione	Disponibile
Numero di iscrizione nel registro delle imprese	sample text
Numero di iscrizione nell'albo professionale	sample text
Numero di sicurezza sociale	sample text
Altro numero di registrazione	sample text

Rappresentante legale

Dati del rappresentante legale	Disponibile
Nome	sample text
Cognome	sample text
Indirizzo	Noto
Via e numero	sample text
Località	sample text
Codice postale	sample text
Paese	Austria
Regione	
Indirizzo e-mail	sample@text.imi
Numero di telefono	+12345678

Informazioni aggiuntive

Informazioni aggiuntive sul prestatore di servizi	(en) sample text
---	------------------

Informazioni sui lavoratori distaccati

Le informazioni richieste riguardano lavoratori distaccati specifici?	Sì
I dati dei lavoratori distaccati sono forniti	in una griglia

Dati dei lavoratori distaccati - 1

Nome	sample text
------	-------------

Cognome	sample text
Paese di nascita	Austria
Luogo di nascita (località)	sample text
Data di nascita	Noto
Data	02/05/2021
Cittadinanza	austriaca
Numero di sicurezza sociale	sample text
Dettagli passaporto/carta d'identità	Disponibile
Tipo di ID	Carta d'identità
Numero	sample text
Data di rilascio	02/05/2021
Data di scadenza	02/05/2021
Professione	(en) sample text
Indirizzo del lavoratore distaccato	Disponibile
Tipo di indirizzo	Recapito postale
Paese	Austria
Regione/zona	(en) sample text
Località	sample text
Codice postale	sample text
Via e numero	sample text
Indirizzo e-mail del lavoratore distaccato	sample@text.imi

Informazioni sull'infortunio

La richiesta riguarda un infortunio sul lavoro specifico?	Sì
---	----

Dettagli dell'infortunio

Data dell'infortunio (se conosciuta)	02/05/2021
Luogo in cui si è verificato l'infortunio (se conosciuto)	(en) sample text
Dettagli conosciuti in sintesi	(en) sample text

[E001] I lavoratori interessati hanno ricevuto una formazione sulla salute e sicurezza del luogo di lavoro o dell'attività in questione?

	[E001] I lavoratori interessati hanno ricevuto una formazione sulla salute e sicurezza del luogo di lavoro o dell'attività in questione?
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì
	[E001.1] Quali sono i contenuti della formazione?
Risposta	(en) sample text
	[E001.2] Qual è stata la durata della formazione?
Risposta	(en) sample text
	[E001.3] Quando è stata impartita la formazione?
Risposta	

	[E001.4] Qual è stata l'occasione (assunzione, trasferimento o cambiamento di lavoro, nuove attrezzature o tecnologie, ecc.) che ha determinato la formazione?
Risposta	
	[E001.5] Chi ha impartito la formazione ai lavoratori?
Risposta	
	[E001.6] Quali erano le competenze professionali della persona che ha impartito la formazione?
Risposta	
	[E001.7] La formazione è stata registrata o documentata?
Risposta	
Risposta dettagliata	

[E002] I lavoratori interessati si sono sottoposti all'esame medico offerto dal datore di lavoro?

	[E002] I lavoratori interessati si sono sottoposti all'esame medico offerto dal datore di lavoro?
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì
	[E002.1] I contenuti degli esami medici sono adeguati ai rischi per la salute e sicurezza che i lavoratori interessati corrono sul lavoro?
Risposta	Sì
Risposta dettagliata	(en) sample text
	[E002.2] Le relazioni dei medici hanno segnalato restrizioni o divieti riguardo alle mansioni o alle attività dei lavoratori interessati?
Risposta	Sì
Risposta dettagliata	(en) sample text
	[E002.3] Quando sono stati effettuati gli esami medici?
Risposta	(en) sample text
	[E002.4] Qual è stata l'occasione (esposizione iniziale o periodica a nuovi rischi, ecc.) che ha motivato gli esami medici?
Risposta	(en) sample text
	[E002.5] Chi ha eseguito gli esami medici?
Risposta	(en) sample text
	[E002.6] Quali erano le competenze professionali della persona che ha eseguito gli esami medici?
Risposta	(en) sample text

[E003] Il datore di lavoro ha effettuato la valutazione del rischio del luogo di lavoro o dell'attività in questione?

	[E003] Il datore di lavoro ha effettuato la valutazione del rischio del luogo di lavoro o dell'attività in questione?
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì
	[E003.1] La valutazione del rischio è adeguata ai rischi per la salute e sicurezza che i lavoratori interessati corrono sul lavoro?
Risposta	Sì
Risposta dettagliata	(en) sample text
	[E003.2] Quando è stata effettuata la valutazione del rischio?
Risposta	(en) sample text
	[E003.3] Chi ha effettuato la valutazione del rischio?
Risposta	(en) sample text

	[E003.4] Quali erano le competenze professionali della persona che ha effettuato la valutazione del rischio?
Risposta	(en) sample text
	[E003.5] La valutazione del rischio include gli aspetti della sicurezza?
Risposta	Sì
Risposta dettagliata	(en) sample text
	[E003.6] La valutazione del rischio include gli agenti fisici, come rumore, vibrazioni o rischi termici?
Risposta	Sì
Risposta dettagliata	(en) sample text
	[E003.7] La valutazione del rischio include le sostanze pericolose (chimiche o biologiche)?
Risposta	Sì
Risposta dettagliata	(en) sample text
	[E003.8] La valutazione del rischio include gli aspetti ergonomici?
Risposta	Sì
Risposta dettagliata	(en) sample text
	[E003.9] La valutazione del rischio include gli aspetti psicologici?
Risposta	Sì
Risposta dettagliata	(en) sample text

[E004] Potete fornire una dichiarazione sulle circostanze che hanno determinato l'infortunio sul lavoro in questione?

	[E004] Potete fornire una dichiarazione sulle circostanze che hanno determinato l'infortunio sul lavoro in questione?
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì
	[E004.1] Potete indicare la data dell'infortunio?
Risposta	Sì
Data dell'infortunio	18/05/2021
	[E004.2] Potete fornire i dati personali dei lavoratori coinvolti nell'infortunio?
Risposta	(en) sample text
	[E004.3] Potete fornire informazioni sulle lesioni riportate dai lavoratori coinvolti nell'infortunio?
Risposta	(en) sample text
	[E004.4] Siete in grado di indicare eventuali testimoni dell'infortunio in questione?
Risposta	(en) sample text

[E005] Il datore di lavoro ha stilato una relazione sull'infortunio destinata alle autorità competenti del paese di origine? Specificare i dettagli.

	[E005] Il datore di lavoro ha stilato una relazione sull'infortunio destinata alle autorità competenti del paese di origine? Specificare i dettagli.
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì, vedere ulteriori dettagli sotto
Risposta dettagliata	(en) sample text

[E006] La valutazione del rischio o il piano di prevenzione includono le condizioni di lavoro relative all'infortunio? Specificare i dettagli.

	[E006] La valutazione del rischio o il piano di prevenzione includono le condizioni di lavoro relative all'infortunio? Specificare i dettagli.
--	--

Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì, vedere ulteriori dettagli sotto
Risposta dettagliata	(en) sample text

[E007] Il datore di lavoro interessato ha assicurato che i lavoratori di imprese e/o stabilimenti esterni ricevessero istruzioni chiare e comprensibili riguardo ai rischi per la salute e sicurezza che correvano nello svolgimento delle loro mansioni nella sua impresa e/o stabilimento? Specificare i dettagli.

	[E007] Il datore di lavoro interessato ha assicurato che i lavoratori di imprese e/o stabilimenti esterni ricevessero istruzioni chiare e comprensibili riguardo ai rischi per la salute e sicurezza che correvano nello svolgimento delle loro mansioni nella sua impresa e/o stabilimento? Specificare i dettagli.
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì, vedere ulteriori dettagli sotto
Risposta dettagliata	(en) sample text

[E008] Sono state adottate misure di coordinamento tra le imprese coinvolte nell'infortunio? Specificare i dettagli.

	[E008] Sono state adottate misure di coordinamento tra le imprese coinvolte nell'infortunio? Specificare i dettagli.
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì, vedere ulteriori dettagli sotto
Risposta dettagliata	(en) sample text

[E009] Il datore di lavoro ha preso gli opportuni provvedimenti di pronto soccorso dopo l'infortunio? Specificare i dettagli.

	[E009] Il datore di lavoro ha preso gli opportuni provvedimenti di pronto soccorso dopo l'infortunio? Specificare i dettagli.
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì, vedere ulteriori dettagli sotto
Risposta dettagliata	(en) sample text

[E010] I lavoratori interessati disponevano di dispositivi di protezione individuale (DPI) prima dell'infortunio? Specificare i dettagli.

	[E010] I lavoratori interessati disponevano di dispositivi di protezione individuale (DPI) prima dell'infortunio? Specificare i dettagli.
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì, vedere ulteriori dettagli sotto
Risposta dettagliata	(en) sample text

[E011] Prima dell'infortunio si era provveduto alla manutenzione delle attrezzature e dei macchinari per garantire che potessero essere utilizzati senza pregiudizio per la sicurezza e salute dei lavoratori? Specificare i dettagli.

	[E011] Prima dell'infortunio si era provveduto alla manutenzione delle attrezzature e dei macchinari per garantire che potessero essere utilizzati senza pregiudizio per la sicurezza e salute dei lavoratori? Specificare i dettagli.
Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì, vedere ulteriori dettagli sotto
Risposta dettagliata	(en) sample text

[E012] Prima dell'infortunio al datore di lavoro erano stati segnalati infortuni sul lavoro analoghi? Specificare i dettagli.

	[E012] Prima dell'infortunio al datore di lavoro erano stati segnalati infortuni sul lavoro analoghi? Specificare i dettagli.
--	---

Dettagli della domanda	(en) sample text
Risposta	Sì, vedere ulteriori dettagli sotto
Risposta dettagliata	(en) sample text

Informazioni sulla gestione

Modulo	PW - Distacco di lavoratori - richiesta di informazioni salute e sicurezza sul lavoro
Tipo di gestione	Request
Numero	26805
Status	Accettata
Versione	1
Ultimo aggiornamento	21/05/2021 13:26 CEST

History

History Item	Version: 1 Action: Richiesta modificata Old status: Accettata New status: Accettata Modified by: USER training Date: 21/05/2021 13:26 CEST
History Item	Version: 1 Action: Richiesta accettata Old status: In attesa di accettazione New status: Accettata Modified by: USER training Date: 21/05/2021 13:24 CEST
History Item	Version: 1 Action: Richiesta inviata Old status: Bozza New status: In attesa di accettazione Modified by: HELPDESK EC IMI Date: 21/05/2021 13:10 CEST
History Item	Version: 1 Action: Richiesta salvata Old status: Stato iniziale New status: Bozza Modified by: HELPDESK EC IMI Date: 21/05/2021 13:09 CEST

Link

Link Item	Repository Name: PW - Distacco di lavoratori - richiesta di informazioni salute e sicurezza sul lavoro Entry Number: 26778 Link Type: Copiata da Linked By: IMI System Date: 21/05/2021 13:10 CEST
-----------	--

Requesting Authority

Nome dell'autorità	European Commission Commission européenne Europäische Kommission
Nome ufficiale dell'autorità	IMI System
Paese	EU
Indirizzo	Rue de Spa, 2 1000 Bruxelles
Telefono	+ +32 229 55470
Fax	+ +32 229 68867
Indirizzo e-mail	IMI-Helpdesk@ec.europa.eu

Requesting Coordinator

Nome dell'autorità	European Commission Commission européenne Europäische Kommission
Nome ufficioso dell'autorità	IMI System
Paese	EU
Indirizzo	Rue de Spa, 2 1000 Bruxelles
Telefono	+ +32 229 55470
Fax	+ +32 229 68867
Indirizzo e-mail	IMI-Helpdesk@ec.europa.eu

Responding Authority

Nome dell'autorità	Training authority Training authority Training authority
Nome ufficioso dell'autorità	
Paese	EU
Indirizzo	street and number 1234 town
Telefono	+3212345678
Fax	
Indirizzo e-mail	training@ec.imi