





---

---

---

---

---

**SI DESIGNA** quale referente per la presa in consegna del materiale il/la sig./sig.ra/dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ reperibile al seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_ ed e-mail \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**Rieti, li** *gg/mm/aaaa*

---

**Firma e Timbro**

*Dirigente delegato richiedente*





ASL  
RIETI



REGIONE  
LAZIO

---

---

---

---

---

---

Per definire la data del sopralluogo si chiede di contattare il sig./la sig.ra/dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
reperibile al seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_ ed e-mail \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_.

Rieti, li *gg/mm/aaaa*

---

**Firma e Timbro**

*Dirigente delegato richiedente*

**SOPRALLUOGO SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE**

*Deliberazione n. 277/DGFF/2023 del 30/03/2023*

Prot.n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

Al Dirigente Delegato

**OGGETTO:** rilascio nulla osta/diniego utilizzo fondo della sicurezza.

**Considerato** che il dirigente delegato ha espresso la necessità di fruire del fondo della sicurezza per la situazione non prevista e/prevedibile rappresentata nel mod. A

**Vista** la richiesta di sopralluogo del Servizio di Prevenzione e Protezione di cui al mod. B

**Visti** gli esiti del sopralluogo effettuato in data \_\_\_\_\_

Si esprime il:

- NULLA OSTA alla richiesta espressa nel mod. A in quanto congruo con la valutazione dei rischi
- DINIEGO alla richiesta espressa nel mod. A in quanto non congruo con la valutazione dei rischi

---

**Firma e Timbro RSPP**



Mod D

**SOPRALLUOGO MEDICO COMPETENTE**  
*Deliberazione n. 277/DGFF/2023 del 30/03/2023*

Prot.n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

Al Dirigente Delegato

**OGGETTO:** rilascio nulla osta/diniego utilizzo fondo della sicurezza.

**Considerato** che il dirigente delegato ha espresso la necessità di fruire del fondo della sicurezza per la situazione non prevista e/prevedibile rappresentata nel mod. A

**Vista** la richiesta di sopralluogo del medico competente di cui al mod. B

**Visti** gli esiti del sopralluogo effettuato in data \_\_\_\_\_

Si esprime il:

- NULLA OSTA alla richiesta espressa nel mod. A in quanto congruo con la valutazione dei rischi
- DINIEGO alla richiesta espressa nel mod. A in quanto non congruo con la valutazione dei rischi

---

**Firma e Timbro MEDICO COMPETENTE**

