

**CHECKLIST VERIFICA EFFICACIA FORMAZIONE** (Accordo Stato-Regioni Aprile 2025)

- **Dati Corso:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[Nome del corso, Data svolgimento, Partecipante, Valutatore es. Preposto/RSPP]

- **Data Verifica in campo:** [Da effettuarsi a 3-6 mesi dalla formazione] \_\_\_\_\_

AREA DI VALUTAZIONE	COMPORAMENTO/CONOSCENZA OSSERVATA	SI'	NO	NOTE
<b>Conoscenza del Rischio</b>	Il lavoratore identifica i pericoli specifici della sua mansione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Uso DPI</b>	Il lavoratore indossa correttamente i DPI forniti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Procedure Sicurezza</b>	Il lavoratore applica le procedure operative aziendali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Emergenze</b>	Conosce le procedure di evacuazione e i presidi antincendio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Segnalazione</b>	Segnala tempestivamente anomalie, rischi o "mancati infortuni"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Partecipazione</b>	Dimostra proattività e attenzione alla sicurezza nel lavoro quotidiano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Esito Finale:**

- EFFICACE:** Comportamenti corretti consolidati.
- PARZIALMENTE EFFICACE:** Necessario addestramento mirato su specifiche procedure.
- NON EFFICACE:** Necessaria ripetizione della formazione.

**Firma del Valutatore:** \_\_\_\_\_ **Firma del Lavoratore:** \_\_\_\_\_

**NOTA:**

- La verifica deve essere documentata e conservata per dimostrare l'avvenuta formazione efficace.