

## Avviso di presunti rischi per la sicurezza o la salute

I dipendenti o i rappresentanti dei dipendenti possono utilizzare questo modulo per presentare un reclamo relativo a rischi per la sicurezza o la salute presso il Dipartimento del lavoro dello Stato di New York. Non è l'unico mezzo per registrare una denuncia.

La sezione 27a (5) (a) della legge sulla sicurezza e salute dei dipendenti pubblici del 1980 afferma:

“Qualsiasi dipendente o rappresentante dei dipendenti che ritenga che esista una violazione di una norma di sicurezza o di salute, o che esista un pericolo imminente, può richiedere un'ispezione dando avviso al commissario (del Lavoro) di tale violazione o pericolo.

**Tale avviso e richiesta dovranno essere in forma scritta**, dovranno esporre con ragionevole particolarità i motivi dell'avviso, **dovranno essere firmati da tale dipendente o rappresentante dei dipendenti**, e una copia dovrà essere fornita dal commissario al datore di lavoro o alla persona responsabile n. successivamente al momento dell'ispezione, salvo che, su richiesta della persona che ha effettuato tale notifica, il suo nome e i nomi dei singoli dipendenti o dei rappresentanti dei dipendenti saranno nascosti. Tali ispezioni saranno effettuate immediatamente.”

Se il Commissario del Lavoro stabilisce che non vi sono ragionevoli motivi per ritenere che esista una violazione o un pericolo, verrai informato per iscritto.

**Nota:** L'articolo 27a (10) (a) della legge prevede una tutela esplicita per i dipendenti che esercitano i propri diritti, tra cui: presentare reclami relativi alla sicurezza e alla salute.

Per ulteriori informazioni visitare: [https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH\\_PESH.shtm](https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm).

### Istruzioni:

- Compila il modulo nel modo più accurato e completo possibile. Descrivi in dettaglio ogni pericolo che ritieni esista.
- Se esistono prove a sostegno del tuo sospetto dell'esistenza di un pericolo, includile nella descrizione (ad esempio, un incidente recente o sintomi fisici dei dipendenti della tua sede).
- Utilizzare fogli di carta aggiuntivi secondo necessità.
- Inviare il modulo compilato e firmato via e-mail a [ask.shnypesh@labor.ny.gov](mailto:ask.shnypesh@labor.ny.gov), oppure inviarlo via fax o posta all'ufficio distrettuale della Divisione di sicurezza e salute (DOSH) più vicino elencato di seguito. Inviarlo all'attenzione di:

**Ufficio per la sicurezza e la salute dei dipendenti pubblici (PESH)**

**Albany District Office**

1220 Washington Ave.  
Building 12, Room 158  
Albany, NY 12226  
Phone: (518) 457-5508  
Fax: (518) 485-1150

**Garden City District Office**

400 Oak Street, Suite 102  
Garden City, New York 11530-6551  
Phone: (516) 228-3970  
Fax: (516) 794-7714

**Syracuse District Office**

450 South Salina Street, Room 202  
Syracuse, New York 13202  
Phone: (315) 479-3212  
Fax: (315) 479-3451

**Binghamton District Office**

44 Hawley Street, Room 901  
Binghamton, New York 13901  
Phone: (607) 721-8211  
Fax: (607) 721-8207

**New York City District Office**

PO Box 15047  
Albany NY, 12212  
Phone: (212) 775-3554  
Fax: (212) 775-3542

**Utica District Office**

207 Genesee Street, Room 703A  
Utica, New York 13501  
Phone: (315) 793-2258  
Fax: (315) 793-2303

**Buffalo District Office**

65 Court Street, Room 401  
Buffalo, New York 14202  
Phone: (716) 847-7133  
Fax: (716) 847-7108

**Rochester District Office**

109 South Union Street, Room 402  
Rochester, New York 14607  
Phone: (585) 258-4570  
Fax: (585) 258-4593

**White Plains District Office**

120 Bloomingdale Road, Room 255  
White Plains, New York 10605  
Phone: (914) 997-9514  
Fax: (914) 997-9528

**Avviso di presunti rischi per la sicurezza o la salute****Nome istituzionale:** \_\_\_\_\_**Indirizzo del sito:** Strada \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_

Telefono del sito: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fax del sito: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Indirizzo postale:** Strada \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_

Telefono del posta: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Posta Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Funzionario di gestione:** \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_**Tipo di attività:** \_\_\_\_\_

**Descrizione e ubicazione del pericolo:** Descrivi il/i pericolo/i che ritieni esista. Sii specifico e fornisci dettagli. Includere la posizione fisica del presunto pericolo. Includere la via, la città, lo stato, il codice postale nella posizione, il area specifica all'interno o all'esterno del sito e numero approssimativo di dipendenti esposti o minacciati da ciascun pericolo. Se necessario, utilizzare fogli aggiuntivi.

**Questa condizione è stata portata all'attenzione di:** il datore di lavoro un ente governativo diverso dal dipartimento del lavoro. Nome Agenzia: \_\_\_\_\_

**Nome del denunciante** (obbligatorio): \_\_\_\_\_**Seleziona un'opzione:** NON rivelare il nome del denunciante al datore di lavoro.

Il nome del denunciante può essere rivelato al datore di lavoro.

**Indirizzo di casa del denunciante** (obbligatorio): Strada: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_

Telefono (richiesto): (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

**Io, il denunciante firmato di seguito, ritengo che esistano rischi per la sicurezza sul lavoro o per la salute presso lo stabilimento indicato in questo modulo. Io sono (selezionane uno):**

un impiegato

un rappresentante dei lavoratori (sindacale). Per favore inserisci il nome del sindacato o dell'organizzazione a cui appartieni rappresentare: \_\_\_\_\_

Il tuo titolo: \_\_\_\_\_

un membro del comitato per la sicurezza e la salute

Altro, specificare: \_\_\_\_\_

**Firma (Richiesta):**

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_