

## PIANO DI SICUREZZA - QUADRO DEI PERICOLI E DEI RISCHI

Nominativo Impresa

---

Riferim. Gara/offerta \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

oggetto / natura dei lavori /servizi : \_\_\_\_\_

da eseguirsi presso : \_\_\_\_\_

con durata prevista dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Nominativo del R.S.P. & P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Nominativo del resp.le del cantiere / lavoro \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

E' stato eseguito sopralluogo/i per la verifica, dello stato e delle condizioni dei luoghi nei quali saranno svolte le

attività assegnate ?

SI

NO

NON PREVISTO

*Descrizione dei lavori da eseguire e metodologia dei lavori :*

---

---

---

---

---

---

*Sistemi di sicurezza da adottare ( es. transenne – sistemi di aspirazioni – segnaletica cantiere stradale ) :*

---

---

---

---

*Attrezzature e mezzi da utilizzare per l'esecuzione dei lavori :* \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## IDENTIFICAZIONE PERICOLI E RISCHI

Elenco dei principali fattori di rischio connessi alla attività ( barrare le voci interessate ) :

1	Agenti atmosferici (lavori all'aperto)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Traffico veicolare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Visibilità ridotta (attività notturna, avversità atmosferica, ecc. )	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Limitazione del campo visivo (curve, dossi, ostacoli, ecc. )	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Attività in spazi ristretti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Presenza di ostacoli / lay – out	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Presenza di automezzi / mezzi d'opera in azione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	Uso di mezzi di sollevamento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Carichi sospesi / caduta oggetti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	Pavimentazione / fondo stradale (inciampo, scivolamento, caduta, ecc.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11	Condizioni microclimatiche difficili (attività in luoghi confinati)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12	Lavori in altezza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13	Uso di scale, soppalchi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14	Uso di macchine / impianti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15	Esposizione / produzione rumore	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
16	Esposizione alle vibrazioni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17	Esposizione a radiazioni ionizzanti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18	Esposizione a radiazioni non ionizzanti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19	Carenza di ossigeno / pericolo di asfissia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
20	Uso di apparecchi / circuiti in pressione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
21	Proiezioni di schegge / proiezione di liquidi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
22	Reti ed apparecchi distribuzione gas / fluidi pericolosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
23	Uso di cavi in tensione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
24	Presenza di agenti biologici	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
25	Uso / produzione di agenti cancerogeni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
26	Presenza superfici a temperatura elevata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
27	Presenza / produzione di sostanze esplosive	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
28	Pericolo incendi / esplosioni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
29	Presenza / produzione di fumi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
30	Presenza / produzione gas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
31	Uso di sostanze chimiche pericolose	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
32	Liberazione di vapori pericolosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
33	Presenza / produzioni polveri	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Uso di prodotti chimici :**  SI  NO (Se SI indicare il prodotto/i e l'eventuale etichettatura)

**Prodotto n° 1** \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Denominazione \_\_\_\_\_

Non pericoloso  Corrosivo  Irritante  Nocivo  Tossico  Molto tossico  Esplosivo  Facilmente infiammabile

Estremamente infiammabile  Esplosivo  Comburente  Pericoloso per l'ambiente  Cancerogeno

**Prodotto n° 2** \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Denominazione \_\_\_\_\_

Non pericoloso  Corrosivo  Irritante  Nocivo  Tossico  Molto tossico  Esplosivo  Facilmente infiammabile

Estremamente infiammabile  Esplosivo  Comburente  Pericoloso per l'ambiente  Cancerogeno

**Prodotto n° 3** \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Denominazione \_\_\_\_\_

Non pericoloso  Corrosivo  Irritante  Nocivo  Tossico  Molto tossico  Esplosivo  Facilmente infiammabile

Estremamente infiammabile  Esplosivo  Comburente  Pericoloso per l'ambiente  Cancerogeno

**Prodotto n° 4** \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Denominazione-\_\_\_\_\_

Non pericoloso  Corrosivo  Irritante  Nocivo  Tossico  Molto tossico  Esplosivo  Facilmente infiammabile

Estremamente infiammabile  Esplosivo  Comburente  Pericoloso per l'ambiente  Cancerogeno

*Dispositivi di protezione individuale in dotazione ai lavoratori :*

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Guanti di protezione  | <input type="checkbox"/> Calzature antinfortunistiche     | <input type="checkbox"/> Occhiali           | <input type="checkbox"/> Sovraocchiali          |
| <input type="checkbox"/> Elmetto               | <input type="checkbox"/> Indumenti ad alta visibilità     | <input type="checkbox"/> Facciali filtranti | <input type="checkbox"/> Sovraindumenti         |
| <input type="checkbox"/> Filtri per saldatura  | <input type="checkbox"/> Sistemi di protezione dell'udito | <input type="checkbox"/> Gambali            | <input type="checkbox"/> Imbracatura anticaduta |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) : |   |   |   |

---

---

---

---

---

**N.B. In caso di utilizzo di un maggior numero di prodotti chimici aggiungere altri fogli**

**Dispositivi di prevenzione e protezione collettiva in dotazione ai lavoratori :**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspiratori            | <input type="checkbox"/> Segnaletica stradale     | <input type="checkbox"/> Estintori           | <input type="checkbox"/> Avvisatori acustici |
| <input type="checkbox"/> Ponteggi              | <input type="checkbox"/> Reti anticaduta          | <input type="checkbox"/> Transennatura       |  |
| <input type="checkbox"/> Barriere              | <input type="checkbox"/> Segnaletica di sicurezza | <input type="checkbox"/> Avvisatori luminosi |  |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) : |   |  |  |
- 

**Idoneità psico – fisica / sorveglianza sanitaria**

Il personale impiegato nelle attività in questione è sottoposto a controllo da parte del Medico Competente secondo le indicazioni dell'art. 41 D.Lgs 81/08 ?

SI     NO     NON PREVISTO

Nominativo e recapito telefonico del Medico Competente : \_\_\_\_\_

---

**Informazione / Formazione / Addestramento**

Il personale impiegato nelle attività in questione è stato adeguatamente istruito ed addestrato sulle specifiche operazioni da svolgere e sui rischi lavorativi ad esse collegate ?

SI     NO

Il personale impiegato nelle attività in questione è stato adeguatamente informato e formato circa i rischi lavorativi esistenti nelle sedi di ASIA Napoli S.p.A. e dai rischi da interferenza lavorativa ?

SI     NO     NON PREVISTO

Numero degli operatori previsti per l'esecuzione dei lavori : \_\_\_\_\_

(Allegare elenco nominativo del personale che sarà o che potrebbe essere impiegato)

Orario di lavoro previsto : dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Durata dei lavori : (indicare i giorni lavorativi previsti) \_\_\_\_\_

Ore di presenza media giornaliera : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_ Firma e timbro del Datore di lavoro : \_\_\_\_\_