

 <p>Unione di Comuni Valle del Samoggia</p>	<p>Titolo: DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI</p> <p>DOCUMENTI GENERATI – MODELLI</p> <p>MODELLO DI REGISTRO DI PREVENZIONE INCENDI</p>	<p>Rif. Doc.: MOD.REG.INC</p> <p>Rev.: 0.0</p> <p>Data: Luglio 2008</p> <p>Modello n° 06</p>
	<p><i>Decreto Legislativo 9 Aprile 2008 n. 81</i></p>	<p>pag. __ di __</p>

Registro dei controlli periodici antincendio

Attività:.....
 Via..... cap..... Città..... Tel. /Fax.....

PROPRIETARIO DELL'EDIFICIO

Ragione sociale.....
 Via....., n° civico.....
 Cap....., Località....., (Provincia)

INDICE DELLE REVISIONI

Rev. n°	Data	Descrizione modifiche

<i>Redatto</i>	<i>Approvato</i> <i>(Datore di Lavoro)</i>	<i>Visionato</i> <i>RSPP</i>

Il **REGISTRO** deve essere tenuto costantemente aggiornato e reso disponibile in occasione dei controlli degli Organi di Vigilanza. Il presente elaborato contempla la registrazione dei controlli e delle manutenzioni sugli impianti e sui presidi che interessano aspetti di sicurezza antincendio e sicurezza della struttura in oggetto.

Le verifiche di tipo "A" (schede contrassegnate con "A") saranno effettuate dal personale nominato addetto alla gestione dell'emergenza. Si tratta di verifiche semplici, di tipo ordinario.

Le verifiche di tipo "B" (schede contrassegnate con "B") saranno effettuate da ditte esterne o personale specializzato designato dall'Amministrazione. Si tratta di verifiche approfondite, tecniche e strumentali.

CONTROLLO GIORNALIERO

Sorveglianza e verifica di apertura di tutte le porte e delle vie di esodo

All'inizio della giornata lavorativa il personale addetto all'emergenza è tenuto ad assicurarsi che le porte in corrispondenza delle uscite di piano e di quelle utilizzate lungo le vie di esodo non siano chiuse a chiave o, nel caso siano previsti sistemi antintrusione, possano essere facilmente ed immediatamente aperte dall'interno senza l'uso di chiavi.

- **Tutti i passaggi, i corridoi e le scale devono essere libere da ostacoli e da pericoli che possono compromettere il sicuro utilizzo in caso di esodo;**
- **Ogni ostruzione deve essere subito rimossa e ogni difetto segnalato subito al Datore di Lavoro di lavoro per essere riportato in condizioni di sicurezza il più presto possibile .**

Scheda n° 1A

IMPIANTO DI ALLARME

Tipologia di impianto: _____

Acustico

Luminoso

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare l'integrità dei pulsanti e dei dispositivi acustici, attivare l'allarme, riscontrare la sua percettibilità nei diversi ambienti

NOTE

Scheda n° 1B

IMPIANTO DI ALLARME

Tipologia di impianto: _____

Acustico

Luminoso

Verifica effettuata da: _____

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare il corretto funzionamento di tutti gli elementi dell'impianto compresa la batteria tampone. Effettuazione di intervento di manutenzione ordinaria.

NOTE

Scheda n° 2A

ESTINTORI PORTATILI

Tipologia di estintori: a polvere da 6 kg CO2

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: Accertarsi del corretto posizionamento di tutti gli estintori, del corretto posizionamento del cartello e dell'avvenuta revisione entro sei mesi dalla data di verifica

NOTE

Scheda n° 2B**(A CURA DI DITTA INCARICATA)****VERIFICA PERIODICA ESTINTORI****Rif. normativo:** D.Leg.vo 81/2008 - Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2**Ditta incaricata:**.....**Data verifica:**.....**Personale incaricato della verifica:**.....**Scheda n° 1** **Dotazione:** n°.....estintori a CO₂; n°.....estintori a polvere**ESITO DELLA VERIFICA**

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva	Note
Verifica semestrale		[SI'] [NO]	
Manutenzione straordinaria		[SI'] [NO]	
Sostituzione CO2 (ogni 5 anni)		[SI'] [NO]	
Collaudo bombola (ogni 10 anni)		[SI'] [NO]	

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma dell'incaricato

Scheda n° 2B**(A CURA DI DITTA INCARICATA)****VERIFICA PERIODICA ESTINTORI****Rif. normativo:** D.Leg.vo 81/2008 – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2**Ditta incaricata:**.....**Data verifica:**.....**Personale incaricato della verifica:**.....**Scheda n° 2** **Dotazione:** n°.....estintori a CO₂; n°.....estintori a polvere**ESITO DELLA VERIFICA**

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva	Note
Verifica semestrale		[SI'] [NO]	
Manutenzione straordinaria		[SI'] [NO]	
Sostituzione CO2 (ogni 5 anni)		[SI'] [NO]	
Collaudo bombola (ogni 10 anni)		[SI'] [NO]	

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma dell'incaricato

Scheda n° 2B

(A CURA DI DITTA INCARICATA)

VERIFICA PERIODICA ESTINTORI

Rif. normativo: D.Leg.vo 81/2008 - Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2

Ditta incaricata:.....

Data verifica:.....**Personale incaricato della verifica:**.....

Scheda n° 3 **Dotazione:** n°.....estintori a CO₂; n°.....estintori a polvere

ESITO DELLA VERIFICA

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva	Note
Verifica semestrale		[SI'] [NO]	
Manutenzione straordinaria		[SI'] [NO]	
Sostituzione CO2 (ogni 5 anni)		[SI'] [NO]	
Collaudo bombola (ogni 10 anni)		[SI'] [NO]	

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma dell'incaricato

Scheda n° 2B

(A CURA DI DITTA INCARICATA)

VERIFICA PERIODICA ESTINTORI

Rif. normativo: D.Leg.vo 81/2008 – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2

Ditta incaricata:.....

Data verifica:.....**Personale incaricato della verifica:**.....

Scheda n° ___ **Dotazione:** n°.....estintori a CO₂; n°.....estintori a polvere

ESITO DELLA VERIFICA

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva	Note
Verifica semestrale		[SI'] [NO]	
Manutenzione straordinaria		[SI'] [NO]	
Sostituzione CO2 (ogni 5 anni)		[SI'] [NO]	
Collaudo bombola (ogni 10 anni)		[SI'] [NO]	

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma dell'incaricato

Scheda n° 3A

RETE IDRICA ANTINCENDIO

Tipologia di impianto: idranti naspi

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: controllare che le cassette siano integre, che siano presenti tubazione e lancia.

NOTE

Scheda n° 3B

RETE IDRICA ANTINCENDIO

Tipologia di impianto: [] idranti [] naspi

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				[] Positivo [] Negativo		
2				[] Positivo [] Negativo		
3				[] Positivo [] Negativo		
4				[] Positivo [] Negativo		
5				[] Positivo [] Negativo		
6				[] Positivo [] Negativo		
7				[] Positivo [] Negativo		
8				[] Positivo [] Negativo		
9				[] Positivo [] Negativo		
10				[] Positivo [] Negativo		
11				[] Positivo [] Negativo		
12				[] Positivo [] Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: effettuare una prova di funzionamento con misura di pressione e portata.
(allegare eventuale verbale di collaudo rete)

NOTE

Scheda n° 4B

IMPIANTO DI RIVELAZIONE (O SPEGNIMENTO) AUTOMATICO

Tipologia di impianto: _____

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: a cura della ditta specializzata

NOTE

Scheda n° 5A

PORTE ED ELEMENTI DI CHIUSURA CON CARATTERISTICHE REI E USCITE DI SICUREZZA

Tipologia di porte: Uscite di sicurezza dotate di maniglione antipanico e porte tagliafuoco

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: controllare che le porte si chiudano correttamente – verificare funzionalità dei maniglioni antipanico. Verificare che le vie di esodo siano sempre agevolmente fruibili. **E' vietato chiudere le uscite di emergenza con catenacci e/o ostruire uscite e percorsi di fuga.**

NOTE

Scheda n° 6A

IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Tipologia di impianto: Plafoniere autonome autoalimentate

Verifica effettuata da: Addetti alla gestione dell'emergenza

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: 1) sganciare l'interruttore generale (o l'interruttore dell'impianto illuminazione di emergenza); 2) fare il giro e accertarsi che tutte le lampade siano accese; 3) riarmare l'interruttore generale

NOTE

Scheda n° 6B

IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Tipologia di impianto:Plafoniere autonome autoalimentate

Verifica effettuata da: Personale tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA:

- 1) sganciare l'interruttore generale;
- 2) verificare che tutte le lampade siano accese e lasciarle accese per un tempo di 1h;
- 3) accertarsi che dopo 50 min siano tutte ancora accese;
- 4) riarmare dopo un'ora l'interruttore generale;
- 5) sganciare dopo 12 ore l'interruttore generale e verificare che tutte le lampade siano accese;
- 6) sostituire o far sostituire le plafoniere (e/o)le batterie non funzionanti.

N.B. La carica e le condizioni delle batterie potranno essere verificate in altra maniera da parte della ditta incaricata delle verifiche. In ogni caso occorrerà effettuare la procedura di scarica completa.

NOTE

Scheda n° 7A

VALVOLE DI INTERCETTAZIONE GAS

Tipologia di impianto: Impianto alimentazione centrale termica – valvola di intercettazione a chiusura rapida

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare l'integrità della leva ed il posizionamento della apposita segnaletica

NOTE

Scheda n° 7B

VALVOLE DI INTERCETTAZIONE GAS

Tipologia di impianto: Impianto alimentazione centrale termica – valvola di intercettazione a chiusura rapida

Verifica effettuata da: Personale tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare il corretto funzionamento della Valvola di intercettazione, smontarla ed effettuare la pulizia e manutenzione

NOTE

Scheda n° 8A

INTERRUTTORI DIFFERENZIALI

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: Verificare mediante il tasto di prova (TEST) il funzionamento degli interruttori differenziali

NOTE

Scheda n° 8B

INTERRUTTORI DIFFERENZIALI E INTERRUTTORE GENERALE SGANCIO EMERGENZA

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o personale Impresa incaricata

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: Effettuazione di misura strumentale dei tempi di intervento degli interruttori differenziali e prova di funzionamento del pulsante di sgancio generale

NOTE

Scheda n° 9

CONTENUTO CASSETTA PRONTO SOCCORSO

Tipologia: Contenitore da parete con elenco del contenuto
riportato all'interno dello sportello

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: _____

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: Verificare il contenuto della cassetta di pronto soccorso rispetto a quanto riportato nell'elenco fornito in dotazione

NOTE

Tabella riepilogativa completa

<i>n° scheda</i>	Oggetto verifica	incaricato	Cadenza
1A	Impianto di allarme	Addetto all'emergenza	
1B		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	
2A	Estintori	Interno	
2B		Ditta esterna(verifica)	
3A	Rete Idrica antincendio	Addetto all'emergenza	
3B		Esterno (U.T.) o ditta (prova di funzionamento)	
4B	Impianto di spegnimento automatico	Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	
5A	Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI e uscite di sicurezza	Addetto all'emergenza	
6A	Impianto di Illuminazione di emergenza	Addetto all'emergenza	
6B		Esterno (U.T.) o ditta	
7A	Valvole di intercettazione gas	Addetto all'emergenza	
7B		Esterno (U.T.) o ditta	
8A	Interruttori differenziali e interruttore generale di sgancio di emergenza	Addetto all'emergenza	
8B		Esterno (U.T.) o ditta	
9	Contenuto cassetta pronto soccorso	Addetto all'emergenza	

Date esecuzione verifiche interne

Verifiche interne (addetti all'emergenza)

	Data	Nominativo addetto	Firma addetto	Note
1°verifica				
2°verifica				
3°verifica				
4°verifica				
5°verifica				
6°verifica				
7°verifica				
8° verifica				
9° verifica				
10° verifica				
11° verifica				
12°verifica				
13°verifica				
14°verifica				

Al Datore di Lavoro
Al Resp. del Serv. di Prev. e Prot.

Luogo di Lavoro _____
Lavoratore addetto alla verifica: _____

Scheda di segnalazione verifica negativa per richiesta intervento

(La presente scheda è da trasmettere solo nel caso di esito negativo di una delle verifiche previste, barrando la casella relativa alla verifica che ha avuto esito negativo)

Oggetto verifica	Indicare con un X la verifica che ha avuto esito negativo	Note (facoltative per l'indicazione del malfunzionamento riscontrato)	Data della Verifica
Impianto di allarme			
Estintori			
Rete Idrica antincendio			
Impianto di spegnimento automatico			
Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI e uscite di emergenza			
Impianto di Illuminazione di emergenza			
Valvole di intercettazione gas			
Interruttori differenziali e interruttore generale di sgancio di emergenza			
Contenuto cassetta pronto soccorso			

Il sottoscritto addetto all'emergenza per l'edificio _____, nel corso di effettuazione delle verifiche periodiche previste, ha riscontrato un mancato o non corretto funzionamento dell'impianto segnalato nella tabella. Richiede pertanto al Datore di Lavoro un intervento tecnico di ripristino

Data: _____

Firma _____

IDENTIFICAZIONE EVENTUALI AZIENDE INCARICATE DELLE MANUTENZIONE

PRESIDIO IMPIANTO	Ragione Sociale	Referente	Telefoni, Fax, cellulare
<u>Ente Proprietario</u>			
<u>Estintori</u>			
<u>Idranti /Naspi</u>			
<u>Impianti elettrici</u>			

Scheda di effettuazione intervento

LUOGO DI LAVORO: _____ **DATA** _____

OGGETTO DELL'INTERVENTO: _____

TIPOLOGIA DI INTERVENTO: _____

MATERIALI INSTALLATI

NOTE/ESITO DELL'INTERVENTO

Firma dell'Operatore

Firma dell'addetto all'emergenza
