

QUADRO DEI PERICOLI E DEI RISCHI
(Da inserire nella busta " A " Documentazione Amministrativa)

Impresa partecipante _____

Riferimento gara n° _____ 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. _____

Descrizione dei lavori da eseguire : _____

Sistemi di sicurezza da adottare (es. transenne – sistemi di aspirazioni – ecc.) : _____

Attrezzature e mezzi necessari 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) : | | | |

Numero degli operatori previsti per l'esecuzione dei lavori : _____

Orario di lavoro previsto : dalle ore _____ alle ore _____

Durata dei lavori : (indicare i giorni lavorativi previsti) _____

Ore di presenza media giornaliera : _____

Data : _____

Firma del Datore di lavoro :

