

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

Impresa partecipante \_\_\_\_\_

Rif. Gara/richiesta offerta 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 e metodologia dei lavori :* \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

*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) : |   |  |  |

---

---

---

Idoneità psico – fisica / sorveglianza sanitaria

Il personale impiegato nelle attività oggetto della gara è sottoposto a controllo da parte del Medico Competente ?

- ☐ SI      ☐ NO      ☐ NON PREVISTO

Informazione / Formazione / Addestramento

Il personale impiegato nelle attività oggetto della gara è stato adeguatamente istruito sulle specifiche operazioni da svolgere e sui rischi lavorativi ad esse collegate ?

- ☐ SI      ☐ NO

Il personale impiegato nelle attività oggetto della gara è stato adeguatamente informato e formato circa i rischi lavorativi esistenti nelle sedi di ASIA Napoli S.p.A. ?

- ☐ SI      ☐ NO

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 del Datore di lavoro (\*) :

---

**\* N.B. : IL PRESENTE DOCUMENTO DEVE ESSERE FIRMATO DIGITALMENTE,**

