

MODULO PERMESSO DI LAVORO

Stazione Appaltante: _____

Sede oggetto di intervento: _____ Progressivo (permesso di lavoro): N° _____

Impresa affidataria: _____

Impresa esecutrice (se diversa dall'affidataria): _____

Datore di lavoro: Sig. _____ Preposto (In materia di sicurezza): Sig. _____

Addetti alle emergenze (*P.S. addetto al pronto soccorso – A.I. Addetto antincendio presenti presso il luogo di lavoro):

Cognome	Nome	Incarico	Cognome	Nome	Incarico
		<input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> A.I.			<input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> A.I.
		<input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> A.I.			<input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> A.I.

Elenco del personale addetto alle lavorazioni:

Cognome	Nome	Mansione	Cognome	Nome	Mansione

Descrizione sintetica delle lavorazioni:

Le lavorazioni comportano una o più delle seguenti attività:

- Lavori da svolgersi a caldo, (temperature di esercizio elevate, presenza di fiamme libere scintille o equiparate) con particolare riguardo ad ambienti con rischio incendio e/o esplosione;
- lavori da svolgersi in quota sopra 2 metri di altezza;
- lavori da svolgersi in ambienti confinati e/o sospetti di inquinamento, (esempio contenenti sostanze chimiche pericolose, infiammabili, oppure a rischio di asfissia, esplosione e/o inalazione sostanze tossiche);
- lavori in ambienti con rischio elettromagnetico rilevante (risonanza magnetica);
- lavori con rischio cancerogeno e/o mutageno (radiologia con macchinari non spenti, medicina nucleare, anatomia patologia laboratorio analisi, unità farmaci antitumorali, lavori con eventuale presenza di materiali contenenti amianto);
- lavori con presenza di gas anestetici aeriformi;
- lavori con rischio biologico rilevante (reparti contenenti degenze con malattie pericolose, esempio reparto covid, pneumologia, malattie infettive etc.);
- effettuazione test di collaudo degli impianti gas medicinali.

Macchine, attrezzature e impianti:

Rischi interferenziali identificati:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Passaggio di persone | <input type="checkbox"/> Rumore | <input type="checkbox"/> Presenza di superfici calde |
| <input type="checkbox"/> Passaggio di mezzi | <input type="checkbox"/> Presenza di sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> Presenza di sostanze cancerogene e/o mutagene |
| <input type="checkbox"/> Presenza area di carico scarico | <input type="checkbox"/> Presenza di sostanze chimiche fumi, nebbie, aerosol | <input type="checkbox"/> Presenza di campi elettromagnetici rilevanti |
| <input type="checkbox"/> Interferenza con materiali e/o oggetti stoccati | <input type="checkbox"/> Presenza di sostanze infiammabili | <input type="checkbox"/> Presenza di rischio biologico rilevante |
| <input type="checkbox"/> Caduta di materiale dall'alto | <input type="checkbox"/> Presenza di sostanze esplodenti | <input type="checkbox"/> Parti in pressione per collaudo test |
| <input type="checkbox"/> Proiezione di polvere, particolato, schegge | <input type="checkbox"/> Possibile presenza di gas (fuoriuscita in caso di guasto) | <input type="checkbox"/> Ulteriori attività interferenti: _____ |

Misure di cooperazione e coordinamento applicate:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Riunione di cooperazione e coordinamento | <input type="checkbox"/> Presenza dispositivi di protezione collettiva, barriere |
| <input type="checkbox"/> Informazione e formazione preventiva del personale | <input type="checkbox"/> Presenza dispositivi di protezione individuale specifici |
| <input type="checkbox"/> Sfasamento temporale delle lavorazioni | <input type="checkbox"/> Presenza cartellonistica di segnalazione e avvertimento |
| <input type="checkbox"/> Sfasamento spaziale delle lavorazioni | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

Ulteriori misure e/o note di approfondimento:

Misure di prevenzione e protezione applicate:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Limitazione del numero di persone esposte al rischio | <input type="checkbox"/> Formazione ed addestramento del personale |
| <input type="checkbox"/> Limitazione dell'orario di esposizione al rischio | <input type="checkbox"/> DPI specifici impiegati: _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ |

Ulteriori misure e note di approfondimento:

Luogo e Data: _____

Firma impresa esecutrice (Datore di lavoro e/o Preposto)

Firma Responsabile Stazione appaltante
