

## 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 antiblastici ufa, lavori con eventuale presenza di materiali contenenti amianto);
- ☐ lavori con presenza di gas anestetici aeriformi;
- ☐ lavori con rischio biologico rilevante (reparti contenenti degenti 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**

---