

INTESTAZIONE SCUOLA

**REGISTRO
DEI CONTROLLI PERIODICI,
DELLE SORVEGLIANZE INTERNE
E DELLE MANUTENZIONI**

(D.Lgs. 81/08 e 106/09 – DM 10/03/98 - DM 26/08/92 – DM 388/03)

A.S. _____/_____

Sommario

INTRODUZIONE	4
DITTE / ENTI INCARICATI DEI CONTROLLI PERIODICI DELLE ATTREZZATURE ANTINCENDIO E DEGLI IMPIANTI D'ISTITUTO ..	5
NUMERI DI EMERGENZA.....	5
TIPOLOGIE DI VERIFICHE	6
SORVEGLIANZA GIORNALIERA	6
SORVEGLIANZA SETTIMANALE.....	6
SORVEGLIANZA MENSILE	6
RAPPORTO DI "NON CONFORMITÀ"	7
SOPRALLUOGHI, CONTROLLI E INTERVENTI DI MANUTENZIONE OPERATI DA ESTERNI.....	7
MODULO "REGISTRAZIONE SOPRALLUOGHI, CONTROLLI E/O MANUTENZIONI"	7
ELENCO E TIPOLOGIA DELLE VERIFICHE DA ESEGUIRE.....	8
ESTINTORI A CO ₂ E POLVERE, ESTINTORI AUTOMATICI	8
IDRANTI	8
NASPI E MANICHETTE.....	8
PORTE REI, PORTE DI EMERGENZA, VIE DI ESODO E PUNTI DI RITROVO	8
ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA.....	9
SEGNALETICA DI SICUREZZA (SOSPESA E A TERRA)	9
IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO/VISIVO.....	9
IMPIANTO ELETTRICO.....	9
EQUIPAGGIAMENTI VARI.....	9
CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO E PACCHETTI DI MEDICAZIONE.....	9
ARCHIVI E DEPOSITI DI MATERIALI.....	10
PAVIMENTAZIONE E PIASTRELLE	10
SERVIZI IGINICI E LOCALI TECNICI	10
IMPIANTI IDRICI E RUBINETTERIE.....	10
ELEMENTI SOSPESI	10
SERRANDE, PORTE E FINESTRE	10
TERMOSIFONI	10
MURI, SOFFITTI E SOLAI.....	10
STATO DEL VERDE ESTERNO.....	11
STATO DEGLI SPAZI ESTERNI.....	11
ATTREZZATURE GINNICO-SPORTIVE.....	11
ELENCO DEL PERSONALE ADDETTO ALLA SORVEGLIANZA E AI CONTROLLI PERIODICI	12
SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI.....	15
SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI	16
CONTROLLO DELL'IMPIANTO IDRICO ANTINCENDIO (GRUPPI DI POMPAggIO, IDRANTI / NASPI, MANICHETTE, LANCE, RACCORDI, CASSETTE)	27
SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO IDRICO ANTINCENDIO – MODULO PREFABBRICATO	28
PORTE REI, PORTE DI EMERGENZA, VIE DI ESODO E PUNTI DI RITROVO	31
SCHEDE CONTROLLO PORTE REI, PORTE DI EMERGENZA, VIE DI ESODO E PUNTI DI RITROVO	32
ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA	35
SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA	36
SEGNALETICA DI SICUREZZA	45
SCHEDE CONTROLLO DELLA SEGNALETICA DI SICUREZZA	46
IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO/VISIVO	49
SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO/VISIVO	50

IMPIANTO ELETTRICO	59
SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO ELETTRICO	60
EQUIPAGGIAMENTI VARI.....	63
SCHEDE CONTROLLO EQUIPAGGIAMENTI VARI	64
CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO E PACCHETTI DI MEDICAZIONE	67
SCHEDE CONTROLLO CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO E PACCHETTI MEDICAZIONE	68
ARCHIVI E DEPOSITI DI MATERIALI	71
SCHEDE CONTROLLO ARCHIVI E DEPOSITI DI MATERIALI	72
PAVIMENTAZIONE E PIASTRELLE	75
SCHEDE CONTROLLO PAVIMENTAZIONE E PIASTRELLE	76
SERVIZI IGIENICI E LOCALI TECNICI.....	79
SCHEDE CONTROLLO SERVIZI IGIENICI E LOCALI TECNICI	80
IMPIANTI IDRICI E RUBINETTERIE	83
SCHEDE CONTROLLO IMPIANTI IDRICI E RUBINETTERIE	84
ELEMENTI SOSPESI.....	87
SCHEDE CONTROLLO ELEMENTI SOSPESI	88
SERRANDE, PORTE E FINESTRE.....	91
SCHEDE CONTROLLO SERRANDE, PORTE E FINESTRE	92
TERMOSIFONI.....	96
SCHEDE CONTROLLO TERMOSIFONI	97
MURI, SOFFITTI E SOLAI	100
SCHEDE CONTROLLO MURI, SOFFITTI E SOLAI.....	101
STATO DEL VERDE ESTERNO	104
SCHEDE CONTROLLO DEL VERDE ESTERNO	105
STATO DEGLI SPAZI ESTERNI	108
SCHEDE CONTROLLO DEGLI SPAZI ESTERNI.....	109
ATTREZZATURE GINNICO-SPORTIVE	112
SCHEDE CONTROLLO ATTREZZATURE GINNICO-SPORTIVE	113
SCHEMA “RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ”	116
MODULO “REGISTRAZIONE SOPRALLUOGHI, CONTROLLI E/O MANUTENZIONI”	117

REGISTRO DEI CONTROLLI PERIODICI

Introduzione

Sul presente registro vengono annotati i controlli relativi ai materiali, agli impianti ed alle attrezzature riguardanti la lotta antincendio ed il primo soccorso, così come previsto dal DM 26/08/1992 *Norme di prevenzione incendi per l'edilizia scolastica*, dal DM 10/03/1998 *Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro e dal DM 15 Luglio 2003, n. 388 Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale*.

Il DM 10/03/1998 prevede che gli interventi di manutenzione ed i controlli sugli impianti e sulle attrezzature di protezione antincendio vengano effettuati nel rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari vigenti, delle norme di buona tecnica emanate dagli organismi di normalizzazione nazionali ed europei o, in assenza di dette norme di buona tecnica, delle istruzioni fornite dal fabbricante e/o dall'installatore. Lo stesso decreto stabilisce che le misure di protezione devono essere oggetto di sorveglianza, controlli periodici e mantenute in efficienza definendo il significato delle diverse attività come segue.

- a) **Sorveglianza**: il controllo visivo atto a verificare che le attrezzature e gli impianti antincendio siano nelle normali condizioni operative, siano facilmente accessibili e non presentino danni materiali accertabili tramite esame visivo. La sorveglianza può essere effettuata dal personale normalmente presente nelle aree protette dopo aver ricevuto adeguate istruzioni.
- b) **Controllo periodico**: l'insieme di operazioni da effettuarsi con frequenza almeno semestrale, per verificare la completa e corretta funzionalità delle attrezzature e degli impianti.
- c) **Manutenzione**: l'operazione od intervento finalizzato a mantenere in efficienza ed in buono stato le attrezzature e gli impianti.
- d) **Manutenzione ordinaria**: l'operazione che si attua in loco, con strumenti ed attrezzi di uso corrente. Essa si limita a riparazioni di lieve entità, bisognevoli unicamente di minuterie e comporta l'impiego di materiali di consumo di uso corrente o la sostituzione di parti di modesto valore espressamente previste.
- e) **Manutenzione straordinaria**: l'intervento di manutenzione che non può essere eseguita in loco o che, pur essendo eseguita in loco, richiede mezzi di particolare importanza oppure attrezzature o strumentazioni particolari o che comporti sostituzioni di intere parti di impianto.

Le attività di informazione e formazione svolte sul personale e sugli studenti, i progetti formativi ed i resoconti delle esercitazioni periodiche di evacuazione, quale parte integrante della sicurezza antincendio, sono archiviati nella documentazione relativa alla sicurezza sul lavoro (Ufficio Tecnico).

Ditte / Enti incaricati dei controlli periodici delle attrezzature antincendio e degli impianti d'Istituto

Estintori: _____

Gruppo di pompaggio impianto Modulo Prefabbricato: _____

Impianto di messa a terra (controllo biennale): _____

Impianto acustico/visivo di allarme: _____

Generatore termico: _____

Impianti di climatizzazione: _____

Altro (specificare): _____

Altro (specificare): _____

Altro (specificare): _____

Numeri di emergenza

112 NUMERO UNICO EMERGENZA -- 115 VIGILI DEL FUOCO -- 118 SOCCORSO SANITARIO

Tipologie di verifiche

Le verifiche sono distinte in sorveglianza giornaliera, sorveglianza mensile e controlli / manutenzione. La sorveglianza giornaliera e mensile è a carico della scuola e viene svolta dal responsabile del registro antincendio e dalle figure sensibili nominate dal Dirigente Scolastico per le emergenze. I controlli sono invece a carico dell'Amministrazione proprietaria dell'immobile ed effettuati con frequenza almeno semestrale da personale qualificato.

SORVEGLIANZA GIORNALIERA

All'inizio della giornata lavorativa, prima dell'ingresso degli allievi nella scuola, è necessario verificare che:

- 1) gli estintori siano presenti, liberi da ostacoli, chiaramente visibili, e immediatamente utilizzabili;
- 2) gli idranti siano liberi da ostacoli, chiaramente visibili, e immediatamente utilizzabili;
- 3) siano visibili, facilmente raggiungibili e integri tutti i pulsanti di allarme, ivi compresi il pulsante di sgancio del quadro elettrico generale e i pulsanti del sistema di allarme acustico/visivo;
- 4) tutte le uscite di emergenza siano ben apribili (non chiuse a chiave, chiavistelli, catene, ecc.), con sistema di apertura integro e sgombre da ostacoli;
- 5) le vie di fuga (corridoi, passaggi, scale, ecc.) siano sgombre da qualsiasi ostacolo anche provvisorio;
- 6) non siano presenti depositi di materiale infiammabile nei sottoscala e in prossimità dei quadri elettrici;
- 7) siano facilmente accessibili i quadri elettrici, le aree a disposizione dei mezzi di soccorso, il luogo sicuro.

Eventuali ostruzioni (materiale depositato in prossimità delle uscite di sicurezza, porte, quadri elettrici, ecc.) riscontrate durante la sorveglianza giornaliera **vanno immediatamente rimosse** mentre ogni difetto, anomalia, assenza, **deve essere rapidamente segnalata al Dirigente Scolastico o al suo Delegato**, che provvederà (ove necessario) ad avvertire il proprietario dell'edificio per gli interventi del caso.

È istituito il **REGISTRO DELLA SORVEGLIANZA GIORNALIERA**, separato dal presente registro ma di cui costituisce parte integrante.

Il Registro della sorveglianza giornaliera è custodito nel locale _____.

Tutte le non conformità riscontrate durante la sorveglianza giornaliera (difetti, anomalie, ecc., incluse le ostruzioni) devono essere annotate sull'apposito registro della sorveglianza giornaliera.

SORVEGLIANZA SETTIMANALE

Settimanalmente, per l'intero anno scolastico, vanno effettuate le sorveglianze di estintori, illuminazioni d'emergenza (funzionamento, illuminamento), impianto di allarme acustico/visivo.

SORVEGLIANZA MENSILE

Mensilmente, per l'intero anno scolastico, vanno effettuate le sorveglianze di idranti/naspi/manichette (stato, segni di corrosione, pressione, attacco autopompa), Porte REI, porte di emergenza, vie di esodo e punti di ritrovo, segnaletica di sicurezza, impianto elettrico (verifica differenziali e stato di conservazione), archivi e depositi di materiali, dotazioni DPI, equipaggiamenti vari (telefono cellulare per le chiamate di emergenza, luci di emergenza portatili a batteria, segnalatori acustici ad aria compressa), pavimentazione e piastrelle, servizi igienici e locali tecnici, impianti idrici e rubinetterie, elementi sospesi, serrande, porte e finestre, termosifoni, muri, soffitti e solai, verde esterno, spazi esterni, attrezzi ginnico/sportive.

Tutte le ispezioni sono condotte utilizzando apposite liste di controllo.

RAPPORTO DI “NON CONFORMITÀ”

Nel caso in cui, durante un’attività di sorveglianza/controllo, si evidenzi un’anomalia o una difformità, è necessario compilare la **scheda “Rapporto di non conformità”**, il cui modello è contenuto nel presente registro.

Tale scheda deve essere fotocopiata all’occorrenza; ciascun modello compilato dev’essere allegato al presente registro.

La scheda “Rapporto di non conformità” è finalizzata alla segnalazione delle non conformità al Dirigente Scolastico ed, eventualmente, alle ditte cui è affidato il servizio di manutenzione esterna e/o all’Ente Proprietario dell’edificio stesso.

Se, durante le attività di sorveglianza/controllo, vengono riscontrate delle anomalie e difformità, l’incaricato del controllo compila una fotocopia della scheda “Rapporto di non conformità” e la consegna al DSGA, il quale ne dispone l’acquisizione al registro di protocollo e, se necessario, il successivo inoltro alle ditte cui è affidato il servizio di manutenzione esterna e/o al Proprietario dell’edificio.

Effettuato l’intervento migliorativo richiesto, dovrà essere compilato il riquadro riportato a fondo pagina della scheda.

SOPRALLUOGHI, CONTROLLI E INTERVENTI DI MANUTENZIONE OPERATI DA ESTERNI

Sono tutti gli interventi **operati da personale qualificato esterno alla scuola**, e relativi agli impianti e attrezzature antincendio o riguardanti la sicurezza dell’edificio.

I controlli, le verifiche e gli interventi di manutenzione operati da personale esterno devono essere annotati dalla ditta / Ente incaricati dei sopralluoghi e dei controlli nella sezione dedicata del registro, con indicazione del tipo di intervento, l’esito della verifica, i provvedimenti adottati, apponendo il proprio timbro e la firma dell’operatore nell’apposito spazio.

MODULO “REGISTRAZIONE SOPRALLUOGHI, CONTROLLI E/O MANUTENZIONI”

Per tutti i sopralluoghi, controlli e interventi di manutenzione operati da personale esterno alla scuola va compilato e acquisito il **Modulo “Registrazione Sopralluoghi, Controlli e/o Manutenzioni”**, il cui modello è contenuto nel presente registro.

Tale modulo deve essere fotocopiato all’occorrenza; ciascun modello compilato dev’essere sottoscritto dall’operatore interno responsabile allegato al presente registro.

Qualora il tecnico esterno non provveda alla registrazione dell’intervento nella scheda del controllo, ovvero non sottoscriva il modulo “Registrazione Sopralluoghi e/o Manutenzioni”, sarà compito del responsabile interno del controllo compilare la relativa scheda.

I rapporti di lavoro (controlli e/o collaudi di impianti, presidi, ecc.) delle varie aziende esterne che provvedono alla manutenzione, devono essere mantenuti allegati al presente registro, eventualmente cuciti con i relativi moduli “Registrazione Sopralluoghi, Controlli e/o Manutenzioni”.

Elenco e tipologia delle verifiche da eseguire

Estintori a CO₂ e polvere, estintori automatici

Controllare che ogni estintore:

- si trovi al suo posto e che sia presente e ben visibile il cartello di segnalazione;
- sia ben visibile e che l'accesso sia libero da ostacoli che ne impediscono l'immediato utilizzo;
- non sia stato manomesso, in particolare non risulti manomesso o mancante il dispositivo di sicurezza per evitare azionamenti accidentali;
- abbia i contrassegni rivolti verso chi lo guarda e che siano ben leggibili;
- se provvisto di indicatore di pressione, abbia l'indice di tale indicatore nella zona verde;
- non presenti anomalie quali ostruzione dei bocchelli, perdite, segni di corrosione, tubi flessibili sconnessi o incrinati, ecc;
- non presenti danni alle strutture di supporto e alla maniglia di trasporto;
- abbia il cartellino di manutenzione, che questo sia compilato in modo corretto e che il controllo periodico nonché la revisione siano stati effettuati regolarmente;
- sia sottoposto a controllo e ricarica, da parte della Ditta incaricata della manutenzione, dopo ogni utilizzo, anche parziale.

Idranti

Controllare visivamente che siano integri, che non siano presenti apparenti segni di manomissione e che sia presente e ben visibile il relativo cartello di segnalazione. In presenza di stagioni invernali particolarmente fredde verificare che non vi siano rotture e perdite dovute alla formazione di ghiaccio.

Naspi e manichette

Controllare che in ogni naspo/manichetta:

- il vetro di protezione sia integro;
- non vi siano apparenti segni di manomissione;
- il cartellino di manutenzione sia visibile, compilato in modo corretto e che il controllo periodico nonché la revisione siano stati effettuati regolarmente;
- sia presente e ben visibile il relativo cartello di segnalazione.
- sia integro il sigillo posto sullo sportello di apertura nelle manichette.

Porte REI, porte di emergenza, vie di esodo e punti di ritrovo

Controllare che:

- nessun pericolo o ostacolo comprometta il transito in caso di emergenza nei percorsi prestabiliti dal piano di evacuazione;
- non siano presenti materiali e/o arredi depositati lungo i percorsi, anche temporaneamente;
- non siano installati apparecchi di riscaldamento portatili e fissi di qualsiasi tipo lungo i percorsi;
- non siano installati apparecchiature o mobilio che ne restringano la larghezza;
- non siano installate attrezzature che possono costituire pericoli potenziali di incendio;
- non siano depositati materiali di scarto dalle lavorazioni;
- le porte lungo le vie di esodo non siano chiuse a chiave, si aprano facilmente e non abbiano parti danneggiate (struttura metallica, cardini, maniglioni, vetri...);
- le scale di emergenza siano sufficientemente pulite e siano sgomberate da materiali di qualsiasi tipo;
- il piano di calpestio ed eventuali scalini non siano fonte di inciampo;
- le porte antincendio e i maniglioni antipanico non presentino segni di danneggiamento o deterioramento e siano correttamente fissate al muro;
- le porte non siano bloccate in posizione di apertura con fermi impropri quali ganci, cunei..
- la targhetta identificativa delle porte resistenti al fuoco sia leggibile e sia registrata la verifica periodica;
- i cardini siano funzionanti e stabili e la eventuale molla di richiamo sia funzionante;
- Il maniglione antipanico consenta una facile apertura della porta e che lo sforzo sia adeguato;
- sia presente tutta la segnaletica di sicurezza sulle vie di esodo e la segnaletica indicante i punti di ritrovo;
- i punti di ritrovo siano liberi da materiali;
- le piante, le siepi e l'erba circostante i punti di ritrovo siano sufficientemente potate e tagliate e non costituiscano ulteriore fonte di rischio;

- i chiusini/tombini in prossimità dei punti di ritrovo siano presenti ed integri.

Illuminazione di Emergenza

Controllare:

- 1) Presenza degli apparecchi illuminanti;
- 2) Verifica dell'integrità della copertura in policarbonato;
- 3) Accensione della lampada indicatrice di carica.

I seguenti controlli vanno eseguiti interrompendo l'alimentazione elettrica generale:

- 4) Controllo della funzionalità di ogni singola lampada;
- 5) Assenza di sfarfallì o ritardi di accensione.

Segnaletica di sicurezza (sospesa e a terra)

Controllare che:

- la segnaletica di sicurezza sia visibile, non coperta da ostacoli (ivi compresi rami e fogliame), in buono stato, correttamente collocata e numericamente adeguata
- le planimetrie di emergenza siano presenti in ogni locale.

Impianto di allarme acustico/visivo

Controllare che:

- funzioni regolarmente, seguendo le procedure e le istruzioni di funzionamento;
- le batterie siano in buone condizioni, lontane dalla scadenza e non presentino rigonfiamenti;
- l'armadio esterno che custodisce la centralina dell'impianto sia in buone condizioni e con chiusura a chiave regolarmente funzionante.

Impianto elettrico

- Controllare visivamente le parti di impianto elettrico accessibili a vista (quadri di piano, quadri di laboratorio, corpi illuminanti, scatole di derivazione, prese e punti di accensione luci, ecc) verificando che non presentino anomalie, difetti, malfunzionamenti, carenze di isolamento.
- Verificare che sia presente e ben visibile la segnaletica di sicurezza, ove prevista.
- Verificare l'integrità del contenitore e relativo pulsante di sgancio generale d'emergenza.
- Verificare l'intervento degli interruttori differenziali dei quadri mediante il pulsante *test* posto sugli interruttori medesimi.
- Funzionamento ed efficacia del salvavita.
- Corretta posizione delle etichette sugli interruttori nei quadri elettrici.

La verifica periodica dell'impianto di messa a terra (DPR 462/2001) deve essere effettuata con periodicità biennale ed è a cura dell'Ente Proprietario.

Equipaggiamenti vari

- Controllare che il telefono cellulare per le chiamate di emergenza, custodito nella Guardiola della Hall a Piano Terra dell'Edificio Centrale, sia integro e funzionante, e che la SIM in dotazione sia fornita di credito e lontana dalla data di scadenza (in caso di approssimarsi della data di scadenza, segnalare al DSGA la necessità di provvedere a nuova ricarica);
- Controllare che le luci di emergenza portatili a batteria siano integre, caricate e funzionanti;
- Controllare che i segnalatori acustici ad aria compressa siano integri, carichi e funzionanti.

Cassette di Pronto Soccorso e pacchetti di medicazione

Controllare che:

- siano presenti (in numero uguale o superiore a quello richiesto) tutti i prodotti elencati nella lista contenuta nell'armadio di medicazione ubicato in infermeria e nelle cassette di pronto soccorso dislocate nei vari punti dell'Istituto;
- non siano presenti prodotti scaduti e/o diversi da quelli elencati;

- fare tempestiva richiesta di reintegro per i prodotti scaduti e/o mancanti.

Archivi e depositi di materiali

Controllare che non siano accatastate eccessive quantità di materiale combustibile o infiammabile (carta, cartone, bancali, arredi scolastici, ecc) e che non siano presenti possibili fonti di innesco.

Pavimentazione e piastrelle

Controllare che:

- non ci siano punti di distacco/scollamento visibili e tali da arrecare pericolo d'inciampo
- le piastrelle non presentino lesioni/scheggiature o distacchi
- gli zoccoletti siano continui e senza distacchi
- i dispositivi antisdrucchio sulle scale (che devono essere raddoppiati per ciascun gradino) siano efficienti.

Servizi igienici e locali tecnici

Controllare che:

- i sanitari e le docce siano integri ed efficienti
- le piastrelle nei locali igienici e tecnici non presentino lesioni/scheggiature o distacchi
- le dotazioni igieniche (bobine di carta, sapone liquido) siano presenti e in quantità sufficiente
- i servizi igienici e i locali tecnici siano liberi da detergivi e attrezzi per la pulizia (secchi, stracci, spugnette, mocio...) lasciati a vista
- le specchiere non presentino parti lesionate/scheggiate e pericolose
- in ogni servizio igienico sia presente il cartello "acqua non potabile".

Impianti idrici e rubinetterie

Controllare che:

- non ci siano perdite e malfunzionamenti (rubinetti e cassette di scarico)
- sui rubinetti non ci siano concrezioni di calcare né parti ossidate/arruginite (pericoli Legionella e Tetano)
- non ci siano parti danneggiate e/o distaccate

Elementi sospesi

Controllare che gli elementi sospesi (plafoniere, zineffe di tendaggi, aste portabandiera, controsoffitti, specchiere nei servizi igienici, quadri, ecc.) siano adeguatamente ancorati e stabili.

Serrande, porte e finestre

Controllare che:

- le serrande (parti in legno e corde di avvolgimento) siano efficienti e integre
- le porte (telaio, cardini, stipiti e cornici, maniglie e serrature) siano efficienti, integre e siano prive di parti scheggiate o ferramenta sporgenti (chiodi e viti in rilievo)
- le finestre (strutture in metallo, maniglie, vetri) siano efficienti e integre.

Termosifoni

Controllare che:

- i termosifoni siano efficienti
- le valvole non presentino perdite
- i radiatori non presentino punti di ruggine
- l'interno dei radiatori sia libero da oggetti e rifiuti.

Muri, soffitti e solai

Controllare che:

- non ci siano crepe/lesioni o parti ammalorate
- non ci siano segni di umidità di risalita (muri) o infiltrazioni d'acqua (soffitti e solai).

Stato del verde esterno

Controllare che:

- non ci siano parti secche, in particolare in prossimità dell'ex Alloggio del Custode e del generatore termico esterno
- non ci siano rami o altre parti a verde in pericolo di caduta
- non ci siano nidi di processionaria sulle conifere esterne

Stato degli spazi esterni

Controllare che:

- non ci siano buche, avvallamenti, sollevamenti dovuti a radici arboree
- la segnaletica a terra sia ben visibile
- la copertura in asfalto dei viali e dei cortili interni sia priva di interruzioni
- le recinzioni esterne siano integre
- i cancelli di accesso siano efficienti e integri
- non ci siano pericoli di caduta dall'alto /crollo dai prospetti esterni

Attrezzature ginnico-sportive

Controllare che:

- siano funzionanti e in buono stato (senza parti scheggiate, sporgenti o comunque ammalorate)
- siano ben ancorate al muro/soffitto/suolo.

Elenco del personale addetto alla sorveglianza e ai controlli periodici

DESCRIZIONE DELLA SORVEGLIANZA / CONTROLLO	NOME INCARICATO E SUPPLENTI
Estintori	
Idranti / naspi / manichette	
Porte REI, porte di emergenza, vie di esodo e punti di ritrovo	
Illuminazione d'emergenza	
Impianto d'allarme (acustico/visivo)	
Segnaletica di sicurezza	
Impianto elettrico	
Archivi e depositi di materiali	
Dotazioni DPI	
Equipaggiamenti vari	
Cassette di Pronto Soccorso e pacchetti di medicazione	
Pavimentazione e piastrelle	
Servizi igienici e locali tecnici	
Impianti idrici e rubinetterie	
Elementi sospesi	
Serrande, porte e finestre	

DESCRIZIONE DELLA SORVEGLIANZA / CONTROLLO	NOME INCARICATO E SUPPLEMENTI
Termosifoni	
Muri, soffitti e solai	
Stato del verde esterno	
Stato degli spazi esterni	
Attrezzature ginnico-sportive	

SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

CONTROLLO PERIODICO:

Settimanale interno – a cura del sig. _____

Semestrale esterno – a cura della ditta _____

rif. Normativi: D.P.R. 547/55 – D. Lgs. 81/08 – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

controllo esterno – a cura della ditta _____

ELENCO DEGLI ESTINTORI PRESENTI:

A POLVERE kg _____ portatili n° _____ carrellati n° _____

A CO2 kg _____ portatili n° _____ carrellati n° _____

A SCHIUMA litri _____ portatili n° _____ carrellati n° _____

ALTRO TIPO kg _____ portatili n° _____ carrellati n° _____

Controllare che ogni estintore:

- si trovi al suo posto e che sia presente e ben visibile il cartello di segnalazione;
- sia ben visibile e che l'accesso sia libero da ostacoli che ne impediscono l'immediato utilizzo;
- non sia stato manomesso, in particolare non risulti manomesso o mancante il dispositivo di sicurezza per evitare azionamenti accidentali;
- abbia i contrassegni rivolti verso chi lo guarda e che siano ben leggibili;
- se provvisto di indicatore di pressione, abbia l'indice di tale indicatore nella zona verde;
- non presenti anomalie quali ostruzione dei bocchetti, perdite, segni di corrosione, tubi flessibili sconnessi o incrinati, ecc;
- non presenti danni alle strutture di supporto e alla maniglia di trasporto;
- abbia il cartellino di manutenzione, che questo sia compilato in modo corretto e che il controllo periodico nonché la revisione siano stati effettuati regolarmente;
- sia sottoposto a controllo e ricarica, da parte della Ditta incaricata della manutenzione, dopo ogni utilizzo, anche parziale.

SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ESTINTORI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

CONTROLLO DELL'IMPIANTO IDRICO ANTINCENDIO (GRUPPI DI POMPAGGIO, IDRANTI / NASPI, MANICHETTE, LANCE, RACCORDI, CASSETTE)

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

Semestrale **esterno** – a cura della ditta/Ente _____

rif. Normativi: D.P.R. 547/55 – D. Lgs. 81/08 – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2

ALL'OCCHIERTA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

controllo esterno – a cura della ditta/Ente _____

ELENCO DEI DISPOSITIVI PRESENTI:

GRUPPI DI POMPAGGIO n° _____

IDRANTI SOPRASSUOLO/SOTTOSUOLO n° _____

CASSETTE A CORREDO IDRANTI n° _____

NASPI _____ n° _____

CASSETTE COMPLETE DI LANCIA, RUBINETTO E MANICHETTA n° _____

SORVEGLIANZA DEGLI IDRANTI

Controllare visivamente che siano integri, che non siano presenti apparenti segni di manomissione e che sia presente e ben visibile il relativo cartello di segnalazione. In presenza di stagioni invernali particolarmente fredde verificare che non vi siano rotture e perdite dovute alla formazione di ghiaccio.

SORVEGLIANZA DI NASPI E MANICHETTE:

Controllare che in ogni naspo/manichetta:

- il vetro di protezione sia integro;
 - non vi siano apparenti segni di manomissione;
 - il cartellino di manutenzione sia visibile, compilato in modo corretto e che il controllo periodico nonché la revisione siano stati effettuati regolarmente;
 - sia presente e ben visibile il relativo cartello di segnalazione.
 - sia integro il sigillo posto sullo sportello di apertura nelle manichette.

SORVEGLIANZA DEI GRUPPI DI POMPAGGIO (da effettuarsi ad ogni controllo):

- Verifica funzionamento dei gruppi di pompaggio

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO IDRICO ANTINCENDIO – MODULO PREFABBRICATO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO IDRICO ANTINCENDIO – MODULO PREFABBRICATO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO IMPIANTO IDRICO ANTINCENDIO – MODULO PREFABBRICATO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

Porte REI, porte di emergenza, vie di esodo e punti di ritrovo

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

Semestrale esterno – a cura della ditta _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

controllo esterno – a cura della ditta _____

Controllare che:

- nessun pericolo o ostacolo comprometta il transito in caso di emergenza nei percorsi prestabiliti dal piano di evacuazione;
- non siano presenti materiali e/o arredi depositati lungo i percorsi, anche temporaneamente;
- non siano installati apparecchi di riscaldamento portatili e fissi di qualsiasi tipo lungo i percorsi;
- non siano installati apparecchiature o mobilio che ne restringano la larghezza;
- non siano installate attrezzature che possono costituire pericoli potenziali di incendio;
- non siano depositati materiali di scarto dalle lavorazioni;
- le porte lungo le vie di esodo non siano chiuse a chiave, si aprano facilmente e non abbiano parti danneggiate (struttura metallica, cardini, maniglioni, vetri...);
- le scale di emergenza siano sufficientemente pulite e siano sgomberate da materiali di qualsiasi tipo;
- il piano di calpestio ed eventuali scalini non siano fonte di inciampo;
- le porte antincendio e i maniglioni antipanico non presentino segni di danneggiamento o deterioramento e siano correttamente fissate al muro;
- le porte non siano bloccate in posizione di apertura con fermi impropri quali ganci, cunei..
- la targhetta identificativa delle porte resistenti al fuoco sia leggibile e sia registrata la verifica periodica;
- i cardini siano funzionanti e stabili e la eventuale molla di richiamo sia funzionante;
- Il maniglione antipanico consente una facile apertura della porta e che lo sforzo sia adeguato;
- sia presente tutta la segnaletica di sicurezza sulle vie di esodo e la segnaletica indicante i punti di ritrovo;
- i punti di ritrovo siano liberi da materiali;
- le piante, le siepi e l'erba circostante i punti di ritrovo siano sufficientemente potate e tagliate e non costituiscano ulteriore fonte di rischio;
- i chiusini/tombini in prossimità dei punti di ritrovo siano presenti ed integri.

Schede controllo porte REI, porte di emergenza, vie di esodo e punti di ritrovo

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO PORTE REI, PORTE DI EMERGENZA, VIE DI ESODO E PUNTI DI RITROVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO PORTE REI, PORTE DI EMERGENZA, VIE DI ESODO E PUNTI DI RITROVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

Semestrale esterno – a cura della ditta _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

controllo esterno – a cura della ditta _____

ELENCO DELLE LUCI DI EMERGENZA PRESENTI:

PIANO TERRA EDIFICIO CENTRALE	n° _____
PIANO SEMINTERRATO EDIFICIO CENTRALE	n° _____
PIANO PRIMO EDIFICIO CENTRALE	n° _____
PIANO SECONDO EDIFICIO CENTRALE	n° _____
MODULO PREFABBRICATO	n° _____

CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

- 1) Presenza degli apparecchi illuminanti;
- 2) Verifica dell'integrità della copertura in policarbonato;
- 3) Accensione della lampada indicatrice di carica.

I seguenti controlli vanno eseguiti interrompendo l'alimentazione elettrica generale:

- 4) Controllo della funzionalità di ogni singola lampada;
- 5) Assenza di sfarfallii o ritardi di accensione.

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELL'ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SEGNALETICA DI SICUREZZA

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- la segnaletica di sicurezza sia visibile, non coperta da ostacoli (ivi compresi rami e fogliame), in buono stato, correttamente collocata e numericamente adeguata;
- le planimetrie di emergenza siano presenti in ogni locale.

SCHEDE CONTROLLO DELLA SEGNALETICA DI SICUREZZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DELLA SEGNALETICA DI SICUREZZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO DELLA SEGNALETICA DI SICUREZZA

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

Impianto di allarme acustico/visivo

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

Annuale esterno – a cura della ditta _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

controllo esterno – a cura della ditta _____

Controllare che:

- funzioni regolarmente, seguendo le procedure e le istruzioni di funzionamento;
- le batterie siano in buone condizioni, lontane dalla scadenza e non presentino rigonfiamenti;
- l'armadio esterno che custodisce la centralina dell'impianto sia in buone condizioni e con chiusura a chiave regolarmente funzionante.

Schede controllo impianto di allarme acustico/visivo

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO / VISIVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO / VISIVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO / VISIVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO / VISIVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO / VISIVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO / VISIVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO / VISIVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO DI ALLARME ACUSTICO / VISIVO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

Impianto elettrico

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

Semestrale esterno – a cura di _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

controllo esterno – a cura di _____

- Controllare visivamente le parti di impianto elettrico accessibili a vista (quadri di piano, quadri di laboratorio, corpi illuminanti, scatole di derivazione, prese e punti di accensione luci, ecc) verificando che non presentino anomalie, difetti, malfunzionamenti, carenze di isolamento.
- Verificare che sia presente e ben visibile la segnaletica di sicurezza, ove prevista.
- Verificare l'integrità del contenitore e relativo pulsante di sgancio generale d'emergenza.
- Verificare l'intervento degli interruttori differenziali dei quadri mediante il pulsante *test* posto sugli interruttori medesimi.
- Funzionamento ed efficacia del salvavita.
- Corretta posizione delle etichette sugli interruttori nei quadri elettrici.

La verifica periodica dell'impianto di messa a terra (DPR 462/2001) deve essere effettuata con periodicità biennale ed è a cura dell'Ente Proprietario.

Schede controllo impianto elettrico

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO ELETTRICO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTO ELETTRICO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

EQUIPAGGIAMENTI VARI

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

- Controllare che il telefono cellulare per le chiamate di emergenza, custodito nella Guardiola della Hall a Piano Terra dell'Edificio Centrale, sia integro e funzionante, e che la SIM in dotazione sia fornita di credito e lontana dalla data di scadenza (in caso di approssimarsi della data di scadenza, segnalare al DSGA la necessità di provvedere a nuova ricarica);
- Controllare che le luci di emergenza portatili a batteria siano integre, caricate e funzionanti;
- Controllare che i segnalatori acustici ad aria compressa siano integri, carichi e funzionanti.

SCHEDE CONTROLLO EQUIPAGGIAMENTI VARI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO EQUIPAGGIAMENTI VARI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO EQUIPAGGIAMENTI VARI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO E PACCHETTI DI MEDICAZIONE

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

(IL CONTROLLO DEVE VERIFICARE LE DOTAZIONI DISPONIBILI E LA SCADENZA DEI PRESIDI)

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

ELENCO DELLE CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO:

PIANO TERRA	n° _____
PIANO PRIMO	n° _____
PIANO SECONDO	n° _____
(...ALTRI LOCALI...)	n° _____

CONTENUTO MINIMO DELLA CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO

Guanti sterili monouso (5 paia);

Visiera paraschizzi;

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1);

Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro – 0,9%) da 500 ml (3);

Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10);

Compressa di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2);

Teli sterili monouso (2);

Pinzette da medicazione sterili monouso (2);

Confezione di rete elastica di misura media (1);

Confezione di cotone idrofilo (1);

Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2);

Rotoli di cerotto alto cm 2,5 (2);

Un paio di forbici;

Lacci emostatici (3);

Ghiaccio pronto uso (due confezioni);

Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2);

Termometro;

Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

CONTENUTO MINIMO DEL PACCHETTO DI MEDICAZIONE

Guanti sterili monouso (2 paia);

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 125 ml (1);

Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro – 0,9%) da 250 ml (3);

Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (3);

Compressa di garza sterile 18 x 40 in buste singole (1);

Pinzette da medicazione sterili monouso (1);

Confezione di cotone idrofilo (1);

Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (1);

Rotoli di cerotto alto cm 2,5 (1);

Rotolo di benda orlata alta cm 10 (1);

Un paio di forbici;

Un laccio emostatico (1);

Confezione di ghiaccio pronto uso (1);

Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (1);

Istruzioni sul modo di usare i presidi suddetti e di prestare i primi soccorsi in attesa del servizio di emergenza.

Controllare che:

- siano presenti (in numero uguale o superiore a quello richiesto) tutti i prodotti elencati nella lista contenuta nell'armadio di medicazione ubicato in infermeria e nelle cassette di primo soccorso dislocate nei vari punti dell'Istituto;
- non siano presenti prodotti scaduti e/o diversi da quelli elencati;
- fare tempestiva richiesta di reintegro per i prodotti scaduti e/o mancanti.

SCHEDE CONTROLLO CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO E PACCHETTI MEDICAZIONE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO E PACCHETTI DI MEDICAZIONE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO E PACCHETTI DI MEDICAZIONE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

ARCHIVI E DEPOSITI DI MATERIALI

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

- Controllare che non siano accatastate eccessive quantità di materiale combustibile o infiammabile (carta, cartone, bancali, arredi scolastici, alcool ecc) e che non siano presenti possibili fonti di innesco.

SCHEDE CONTROLLO ARCHIVI E DEPOSITI DI MATERIALI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO ARCHIVI E DEPOSITI DI MATERIALI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO ARCHIVI E DEPOSITI DI MATERIALI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

PAVIMENTAZIONE E PIASTRELLE

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- non ci siano punti di distacco/scollamento visibili e tali da arrecare pericolo d'inciampo
- le piastrelle non presentino lesioni/scheggiature o distacchi
- gli zoccoli siano continui e senza distacchi
- i dispositivi antisdrucchio sulle scale (che devono essere raddoppiati per ciascun gradino) siano efficienti.

SCHEDE CONTROLLO PAVIMENTAZIONE E PIASTRELLE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO PAVIMENTAZIONE E PIASTRELLE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO PAVIMENTAZIONE E PIASTRELLE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SERVIZI IGIENICI E LOCALI TECNICI

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- i sanitari e le docce siano integri ed efficienti
- le piastrelle nei locali igienici e tecnici non presentino lesioni/scheggiature o distacchi
- le dotazioni igieniche (bobine di carta, sapone liquido) siano presenti e in quantità sufficiente
- i servizi igienici e i locali tecnici siano liberi da detersivi e attrezzature per la pulizia (secchi, stracci, spugnette, mocio...) lasciati a vista
- le specchiere non presentino parti lesionate/scheggiate e pericolose
- in ogni servizio igienico sia presente il cartello “acqua non potabile”.

SCHEDE CONTROLLO SERVIZI IGIENICI E LOCALI TECNICI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO SERVIZI IGIENICI E LOCALI TECNICI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO SERVIZI IGIENICI E LOCALI TECNICI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

IMPIANTI IDRICI E RUBINETTERIE

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- non ci siano perdite e malfunzionamenti (rubinetti e cassette di scarico)
- sui rubinetti non ci siano concrezioni di calcare né parti ossidate/arruginite (pericoli Legionella e Tetano)
- non ci siano parti danneggiate e/o distaccate

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTI IDRICI E RUBINETTERIE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTI IDRICI E RUBINETTERIE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO IMPIANTI IDRICI E RUBINETTERIE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

ELEMENTI SOSPESI

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che gli elementi sospesi (plafoniere, zineffe di tendaggi, aste portabandiera, controsoffitti, specchiere nei servizi igienici, quadri, ecc.) siano adeguatamente ancorati e stabili.

SCHEDE CONTROLLO ELEMENTI SOSPESI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO ELEMENTI SOSPESI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO ELEMENTI SOSPESI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SERRANDE, PORTE E FINESTRE

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- le serrande (parti in legno e corde di avvolgimento) siano efficienti e integre
- le porte (telaio, cardini, stipiti e cornici, maniglie e serrature) siano efficienti, integre e siano prive di parti scheggiate o ferramenta sporgenti (chiodi e viti in rilievo)
- le finestre (strutture in metallo, maniglie, vetri) siano efficienti e integre.

SCHEDE CONTROLLO SERRANDE, PORTE E FINESTRE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO SERRANDE, PORTE E FINESTRE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO SERRANDE, PORTE E FINESTRE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

TERMOSIFONI

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- i termosifoni siano efficienti
- le valvole non presentino perdite
- i radiatori non presentino punti di ruggine
- l'interno dei radiatori sia libero da oggetti e rifiuti.

SCHEDE CONTROLLO TERMOSIFONI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO TERMOSIFONI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO TERMOSIFONI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

MURI, SOFFITTI E SOLAI

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- non ci siano crepe/lesioni o parti ammalorate
- non ci siano segni di umidità di risalita (muri) o infiltrazioni d'acqua (soffitti e solai).

SCHEDE CONTROLLO MURI, SOFFITTI E SOLAI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO MURI E SOFFITTI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO MURI E SOFFITTI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

STATO DEL VERDE ESTERNO

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- non ci siano parti secche, in particolare in prossimità dell'ex Alloggio del Custode e del generatore termico esterno
- non ci siano rami o altre parti a verde in pericolo di caduta
- non ci siano nidi di processionaria sulle conifere esterne

SCHEDE CONTROLLO DEL VERDE ESTERNO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DEL VERDE ESTERNO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DEL VERDE ESTERNO

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

STATO DEGLI SPAZI ESTERNI

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- non ci siano buche, avvallamenti, sollevamenti dovuti a radici arboree
- la segnaletica a terra sia ben visibile
- la copertura in asfalto dei viali e dei cortili interni sia priva di interruzioni
- le recinzioni esterne siano integre
- i cancelli di accesso siano efficienti e integri
- non ci siano pericoli di caduta dall'alto /crollo dai prospetti esterni

SCHEDE CONTROLLO DEGLI SPAZI ESTERNI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO DEGLI SPAZI ESTERNI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA CONTROLLO DEGLI SPAZI ESTERNI

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

ATTREZZATURE GINNICO-SPORTIVE

CONTROLLO PERIODICO:

Mensile interno – a cura del sig. _____

ALL'OCCORRENZA POSSONO ESSERE EFFETTUATI ANCHE CONTROLLI STRAORDINARI:

controllo interno – a cura del sig. _____ in qualità di _____

Controllare che:

- siano funzionanti e in buono stato (senza parti scheggiate, sporgenti o comunque ammalorate)
- siano ben ancorate al muro/soffitto/suolo.

SCHEDE CONTROLLO ATTREZZATURE GINNICO-SPORTIVE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO ATTREZZATURE GINNICO-SPORTIVE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDE CONTROLLO ATTREZZATURE GINNICO-SPORTIVE

(*) PI (Periodico Interno) PE (Periodico Esterno) SI (Straordinario Interno) SE (Straordinario Esterno)

N°	Data	Natura controllo (*)	Esito del controllo	Irregolarità riscontrate	Provvedimenti adottati	Controllore	Firma
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				
			<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo				

SCHEDA "RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ"

SCHEDA RELATIVA ALLA SORVEGLIANZA:

ANNO

PROT. N.

DATA

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NECESSITÀ INTERVENTO ESTERNO:

DITTA ESTERNA _____ ENTE PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE

FIRMA: _____

INTERVENTO EFFETTUATO DA IN DATA:

NOTE:

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO:

Modulo “Registrazione Sopralluoghi, Controlli e/o Manutenzioni”

Prot. n. _____ del _____

Intervento del giorno _____ eseguito da:

- ditta esterna _____
inviata da Istituto
 Ente Proprietario dell'immobile
 altro Ente (specificare) _____

Addetto che ha eseguito il sopralluogo / controllo / manutenzione

COGNOME _____ NOME _____

- Ente Proprietario, nella/e persona/e del/i sigg. _____

- SU** Impianto elettrico generatore e/o impianto termico
 Impianto idrico Impianto antincendio Modulo Prefabbricato
 Climatizzatori caldo/freddo Porte di emergenza e porte REI
 Estintori Impianto di allarme acustico/visivo
 Strutturale Altro (specificare) _____

DESCRIZIONE INTERVENTO: _____

NOTE: _____

FIRME DEGLI OPERATORI ESTERNI

qualifica: _____
qualifica: _____
qualifica: _____

FIRMA DELL'ADDETTO INTERNO AL CONTROLLO _____

IL PRESENTE REGISTRO E' COMPOSTO DI n° _____ PAGINE COMPRESA LA COPERTINA

TIMBRO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
