



REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
Viale Matteucci n. 9 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577



ALLEGATO

VERBALE DI SOPRALLUOGO DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

**VERBALE DI PRIMO SOPRALLUOGO
DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI**

Descrizione lavori: _____

Sede dei lavori: _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
in qualità di _____ dell'impresa _____
con sede in _____ via _____ n. _____

in applicazione di quanto prescritto dall'art. 26 del D.Lgs 81/08, con riferimento ai lavori sopra illustrati,

DICHIARA:

- che in data odierna ha effettuato, accompagnato da _____ , quale rappresentante della ASL di Viterbo, un apposito SOPRALLUOGO nell'area che sarà sede dei lavori;
- che la durata prevista dei lavori sarà di _____ giorni;
- che sarà coinvolto nella realizzazione dei lavori solo il personale qui riportato:

PERSONALE PRESENTE IN CANTIERE	RUOLO/FUNZIONE
	Responsabile del cantiere e/o dei lavori

In seguito al sopralluogo, congiuntamente al committente, si annota:

Dotazioni di Emergenza presenti nell'ambiente di lavoro: _____

Altre misure di prevenzione installate: _____

Prescrizioni e/o disposizioni particolari: _____

Altro: _____

POSSIBILI RISCHI DERIVANTI DA INTERFERENZE
 (oltre a quanto già riportato nel DUVRI redatto dalla ASL di Rieti)

VALUTAZIONE RISCHI		MISURE ADOTTATE PER ELIMINARE LE INTERFERENZE
<input type="checkbox"/> Rischi Meccanici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Elettrici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Radiazioni Non Ionizzanti _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Fisici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Ergonomici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi chimici/cancerogeni/mutageni: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Biologici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi legati al lay-out: (spazi di lavoro, movimentazioni, ecc.) _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi dovuti alla presenza di particolari macchine, impianti o attrezzature: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischio Incendio/Esplosione: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Ambientali: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Aspetti organizzativi e gestionali: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Altro: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Altro: _____	B	
	M	
	A	

Nota: B=basso, M=medio, A=alto

ULTERIORI MISURE ADOTTATE PER RIDURRE I RISCHI DERIVANTI DA INTERFERENZE:

NOTE:

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di ritenere sufficienti le misure adottate per eliminare le interferenze elaborate a seguito della valutazione dei rischi congiunta e riportate nel seguente documento.
- di essere stato correttamente informato circa i rischi specifici esistenti nell'ambiente di lavoro in cui opereremo e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate.

Si impegna inoltre formalmente a contattare il proponente dell'ordine e rappresentante della ASL di Rieti qualora ritenga necessario, durante l'esecuzione dei lavori, acquisire ulteriori informazione, effettuare una nuova valutazione dei rischi o modificare le misure adottate per eliminare le interferenze.

Luogo e data

Firma impresa appaltatrice

.....

RUP-ASL Rieti

.....

RSPP-ASL Rieti

.....

In mancanza di nomina del RUP con incarico di elaborare anche il Documento Unico di Valutazione dei Rischi, firmerà il Direttore.

AGGIORNAMENTO DEL _____

VARIAZIONI RISPETTO AL PRECEDENTE DOCUMENTO:

ULTERIORI MISURE ADOTTATE PER ELIMINARE I RISCHI DA INTERFERENZE:

ALTRO

FIRMA IMPRESA APPALTATRICE

FIRMA RUP E RSPP ASL Rieti

AGGIORNAMENTO DEL _____

VARIAZIONI RISPETTO AL PRECEDENTE DOCUMENTO:

ULTERIORI MISURE ADOTTATE PER ELIMINARE I RISCHI DA INTERFERENZE:

ALTRO

FIRMA IMPRESA APPALTATRICE

FIRMA RUP E RSPP ASL Rieti
