

	CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE	
DATA: _____	_____	Pagina 1 di 9

**VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI IN MATERIA DI
SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO**

IMPRESA	
STRUTTURA	
ESECUTORE	

	CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE	
DATA: _____	_____	Pagina 2 di 9

	DESCRIZIONE AZIENDA
Ragione sociale	
Descrizione Attività	
Natura Giuridica	
E-mail	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Codice ATECO 2007	
ASL di appartenenza	
Posizione INPS	
Posizione INAIL	
DATI SEDE LEGALE	
Indirizzo	
Città	
Provincia	
Telefono	
Fax	
email	
DATI SEDE OPERATIVA	
Indirizzo	
Città	
Provincia	
Telefono	
Fax	
NOTE	

CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE		
DATA: _____	_____	Pagina 3 di 9

RISORSE UMANE									
Titolari/soci		Lavoratori				Contratti atipici			
Nr.		Nr.		Nr.		Nr.		Nr.	
Addetti alle lavorazioni			Impiegati			Contratti atipici o stagionali			
M	F	Stranieri	M	F	Stranieri	M	F	Stranieri	

VERIFICA SITUAZIONE INFORTUNISTICA				
E' presente il registro infortuni? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Anno	Lavoratori anno ¹	Ore lavorate ²	Numero infortuni ³	Durata totale ⁴

Natura delle lesioni (prevalente)	Ferita ·	Sede della lesione	Cranio-faccia ·
	Contusione ·		Occhi ·
	Lussazione ·		Collo ·
	Frattura ·		Braccio-mano ·
	Perdita anatomica ·		Ginocchio ·
	Altre nature ·		Piede ·

RAPPORTI CON GLI ENTI DI VIGILANZA			
Relativamente agli anni 2008-2009-2010 è stato oggetto di ispezioni/controlli da parte degli organi di vigilanza ⁵ ?			
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Tipologia di controllo ⁶	
		Controllo casuale	Denuncia
		Controllo a seguito di infortunio	
		Esito dei controlli	
		N° di sanzioni	
		N° di azioni legali intraprese	Azioni risoltesi positivamente
A CHI SI È RIVOLTO PER L'ASSISTENZA-CONSULENZA?		Associazione di Categoria <input type="checkbox"/>	Consulente esterno <input type="checkbox"/>
			Personale interno <input type="checkbox"/>

¹Media aritmetica tra il numero dei lavoratori in forza al 1° gennaio e quello dei lavoratori in forza al 31.12 dell'anno

²Totale delle ore lavorate nell'anno

³Solo quelli che hanno comportato un'assenza dal lavoro superiore a 3 giorni (compreso quello dell'infortunio stesso)

⁴Durata degli infortuni in giorni

⁵ ULSS, Vigili del FUOCO, ARPAV, SPISAL, DPL.

⁶ Inserire per ogni tipologia il numero di controlli a cui l'azienda è stata sottoposta

	CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE	
DATA: _____	_____	Pagina 4 di 9

	Avvocato <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>	
--	-----------------------------------	--------------------------------	--

ORGANIGRAMMA SICUREZZA E INDIVIDUAZIONE FIGURE AZIENDALI

RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE
--

• • INTERNO	• ESTERNO		• DATORE DI LAVORO	
DATA NOMINA		NOMINATIVO		
FORMAZIONE RSPP (D.Lgs. 195/03)	• MODULO A	• MODULO B	• MODULO C	• NON EFFETT.
FORMAZIONE DEL DATORE DI LAVORO CHE ASSUME DIRETTAMENTE IL RUOLO DI RSPP (D.M. 16/01/1997 - 16 ORE + 4 ORE ANTINCENDIO)			• EFFETTUATA	• NON EFFETT.
AGGIORNAMENTO DEL RSPP		• EFFETTUATA	• NON EFFETT.	• PROGRAMMATA

MEDICO COMPETENTE

• GIA' NOMINATO	• DA NOMINARE	• NON RISCHIESTO
DATA NOMINA		NOMINATIVO

	CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE	
DATA: _____	_____	Pagina 5 di 9

RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA			
· Eletto	· Non eletto	ELETTO IN DATA _____	
DATA NOMINA		NOME RLS	
· RLST con utilizzo sportello territoriale		· EFFETTUATA	· NON EFFETTUATA
· Formazione obbligatoria RLS (D.M. 16/01/97- 32 ore)		· EFFETTUATA	· NON EFFETTUATA
· Aggiornamento obbligatorio RLS (4h da 15 a 50 lav. - 8 ore se > 50 lav.)		· EFFETTUATA	· NON EFFETTUATA

	CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE	
DATA: _____	_____	Pagina 6 di 9

PREPOSTI			
• Individuati chiaramente		• NON individuati chiaramente	
• Formazione obbligatoria dei preposti		• EFFETTUATA	• NON EFFETTUATA

INCARICATI PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE						
Formazione Antincendio						
Rischio Basso (4 ore)	.	Rischio medio (8 ore)	.	Rischio elevato (16 ore)	.	Esame idoneità VVF
Ultima data formazione antincendio			Nr. addetti formati			
Formazione da programmare			Nr. addetti da formare			

Formazione Primo soccorso			
Gruppo A (16 ore)	.	Gruppo B-C (12 ore)	.
Ultima data Formazione Pronto soccorso		Nr. addetti formati	
Formazione da programmare		Nr. addetti da formare	
Aggiornamento da programmare		Nr. addetti da aggiornare	
N.B.: Addetti da formare in accordo con il datore di lavoro		Nr. addetti da formare :	

LAVORATORI STRANIERI		
• NON VERIFICATA COMPrensIONE LINGUA ITALIANA		
• verificata comprensione lingua italiana	• Prova scritta	• Prova orale
• Formazione specifica lavoratori stranieri	• EFFETTUATA	• NON EFFETTUATA

	CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE	
DATA: _____	_____	Pagina 7 di 9

ORGANIZZAZIONE SICUREZZA

L'azienda sta implementando un sistema <u>certificato di gestione della sicurezza</u>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
L'azienda sta implementando un sistema <u>certificato di gestione della qualità</u>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Azienda certificata	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN CORSO <input type="checkbox"/>
Tipo certificazione		Ente certificatore	

Il S.P.P. è coinvolto nella scelta di DPI, attrezzature, impianti e sostanze	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>

Il sopralluogo del medico è documentato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
E' effettuato in presenza di	RSP	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	datore di lavoro o suo delegato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	RLS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

E' indetta la riunione annuale di prevenzione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON OBBLIGATORIA <input type="checkbox"/>
La riunione è verbalizzata	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Nel corso della riunione sono stati esaminati:	Il documento di valutazione dei rischi		<input type="checkbox"/>
	Le misure di prevenzione adottate		<input type="checkbox"/>
	Il programma delle misure di miglioramento		<input type="checkbox"/>
	L'andamento degli infortuni e delle malattie professionali		<input type="checkbox"/>
	I programmi di informazione e formazione		<input type="checkbox"/>
	I risultati della sorveglianza sanitaria		<input type="checkbox"/>
Giudizio complessivo		adeguata <input type="checkbox"/>	non adeguata <input type="checkbox"/>

PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO

Esiste un programma formalizzato degli interventi <u>migliorativi</u> da attuare con individuazione dei tempi per la realizzazione delle misure individuate	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON NECESSARIO <input type="checkbox"/>
Esiste un programma di controllo e manutenzione dei dispositivi di sicurezza sulle macchine pericolose	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON PERTINENTE <input type="checkbox"/>

	CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE	
DATA: _____	_____	Pagina 8 di 9

PROCEDURE		
Flussi comunicativi, formativi e relazionali		
Sono gestiti i seguenti punti relativi alla Informazione/Formazione?	- Analisi bisogni	<input type="checkbox"/>
	- Pianificazione	<input type="checkbox"/>
	- Registrazione eventi	<input type="checkbox"/>
	- Aggiornamento	Nessuno <input type="checkbox"/>
		Annuale <input type="checkbox"/>
		Periodico <input type="checkbox"/>
- Neo assunti, contratti atipici	<input type="checkbox"/>	
Flussi comunicativi, formativi e relazionali	Presenza di procedure / istruzioni operative in materia di sicurezza	<input type="checkbox"/>
Flussi comunicativi, formativi e relazionali	Interventi di formazione generale in materia di SSL a tutto il personale ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. 81/08	<input type="checkbox"/>
	Informazione sui rischi generali e specifici a tutti i lavoratori in base alla loro mansione	<input type="checkbox"/>
	Addestramento specifico per l'uso di macchine ed attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Informazione e addestramento sull'uso dei DPI (III categoria e rumore)	<input type="checkbox"/>
	Informazione e formazione ai nuovi assunti ed ai lavoratori con contratti atipici	<input type="checkbox"/>
	Formazione degli Addetti al videoterminale (>20 ore settimanali)	<input type="checkbox"/>
	Formazione degli Addetti alla guida del carrello elevatore	<input type="checkbox"/>
	Formazione dei manovratori di carroponte	<input type="checkbox"/>
	Altri interventi di formazione specifica	<input type="checkbox"/>
Segnaletica di sicurezza. Sono gestiti i seguenti punti relativi alla segnaletica ?:	Correttezza collocazione	<input type="checkbox"/>
	manutenzione/sostituzione	<input type="checkbox"/>
	conformità segnali in rapporto ai rischi	<input type="checkbox"/>
Adozione e gestione dei dispositivi di protezione individuale. Sono gestiti i seguenti punti relativi ai DPI?	Identificazione DPI idonei	<input type="checkbox"/>
	Raccolta documentazione tecnica DPI	<input type="checkbox"/>
	Registrazione consegna	<input type="checkbox"/>
	Controllo uso	<input type="checkbox"/>
	Manutenzione/sostituzione	<input type="checkbox"/>
	Modalità consegna/distribuzione	<input type="checkbox"/>

	CHECK-LIST DOCUMENTALE INIZIALE	
DATA: _____	_____	Pagina 9 di 9

Valutazione della formazione

Incaricato per la gestione e l'organizzazione della formazione	SI <input type="checkbox"/>	Associazione di categoria	<input type="checkbox"/>
		Consulente	<input type="checkbox"/>
		Società privata	<input type="checkbox"/>
		Personale interno	<input type="checkbox"/>

NO

Luogo della formazione	Formazione interna in azienda <input type="checkbox"/>		
	Formazione esterna presso enti preposti <input type="checkbox"/>		
Questionari di valutazione attività formativa svolta	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
		Didattica	<input type="checkbox"/>
		Organizzazione	<input type="checkbox"/>
		Aderenza dei programmi alle necessità aziendali	<input type="checkbox"/>
Criteri per la scelta e riconferma dei formatori	Risultati dei questionari di valutazione attività formativa <input type="checkbox"/>	Valutazione riduzione gravità o numero degli incidenti <input type="checkbox"/>	
	Referenze-Pubblicità ¹ <input type="checkbox"/>	Altro ² <input type="checkbox"/>	
Caratteristiche dei formatori	Esperti del settore <input type="checkbox"/>		
	Formatori di professione <input type="checkbox"/>		
	Formatori di professione con qualifica specifica per i corsi svolti <input type="checkbox"/>		

Esiste per i corsi un sistema di valutazione delle competenze in ingresso	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Attraverso :	
			Valutatore interno	<input type="checkbox"/>
			Formatore	<input type="checkbox"/>
			Valutatore indipendente	<input type="checkbox"/>
	Modalità	Verifica scritta <input type="checkbox"/>	Colloquio <input type="checkbox"/>	
Esiste per i corsi un sistema di valutazione delle competenze in uscita	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Attraverso	
			Valutatore interno	<input type="checkbox"/>
			Formatore	<input type="checkbox"/>
			Valutatore indipendente	<input type="checkbox"/>
	Modalità	Verifica scritta <input type="checkbox"/>	Colloquio <input type="checkbox"/>	
Esiste un sistema aziendale per valutare l'efficace applicazione delle competenze acquisite in materia di sicurezza sul lavoro	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Attraverso la valutazione dei comportamenti	<input type="checkbox"/>
			Attraverso l'analisi del tasso di riduzione degli incidenti	<input type="checkbox"/>

¹ Formatori con cui si è venuti in contatto attraverso collaboratori di fiducia (consulenti, Associazioni di categoria, ecc.) oppure attraverso materiale informativo o pubblicitario.

² Altri criteri, tra cui costi, esigenze logistiche ecc.