

Data sopralluogo: _____ Operatori: _____

TIMBRO AZIENDA

LUOGO ISPEZIONATO	Indirizzo: _____
	Persone presenti, qualifica: _____
DITTA COMMITTENTE / PROPRIETA'	Denominazione: _____
	Indirizzo legale: _____
	P.IVA _____ N° lav. Totali: _____
	N° lav. Sito: _____
	Tel: _____ Pec: _____
<input type="checkbox"/> Datore di Lavoro	SIG.
<input type="checkbox"/> RSPP	SIG.
<input type="checkbox"/> RLS/RLST	SIG.
<input type="checkbox"/> MC	SIG.
<input type="checkbox"/> DVR	<input type="radio"/> NP <input type="checkbox"/>

IDENTIFICAZIONE SOGGETTI OPERANTI

DITTA 2 N. lav. Sito: _____	Denominazione: _____ P.IVA _____
	Indirizzo legale: _____ Tel: _____
Datore di Lavoro	SIG.

DITTA 3 N. lav. Sito: _____	Denominazione: _____ P.IVA _____
	Indirizzo legale: _____ Tel: _____
Datore di Lavoro	SIG.

DITTA 4 N. lav. Sito: _____	Denominazione: _____ P.IVA _____
	Indirizzo legale: _____ Tel: _____
Datore di Lavoro	SIG.

0 - ORGANIZZAZIONE

<input type="checkbox"/> Applicazione di un Protocollo di Regolamentazione anti-contagio specifico e adeguato alle caratteristiche del sito	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Note:
<input type="checkbox"/> Presenza di un Comitato dell'azienda per l'applicazione e la verifica delle regole del Protocollo	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Note:
<input type="checkbox"/> Presenza di un Comitato del sito per l'applicazione e la verifica delle regole del Protocollo	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Ditta 1: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Datore di Lavoro <input type="checkbox"/> RSPP <input type="checkbox"/> RLS/RLST <input type="checkbox"/> MC Ditta 2: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Datore di Lavoro <input type="checkbox"/> RSPP <input type="checkbox"/> RLS/RLST <input type="checkbox"/> MC Ditta 3: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Datore di Lavoro <input type="checkbox"/> RSPP <input type="checkbox"/> RLS/RLST <input type="checkbox"/> MC Ditta 4: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Datore di Lavoro <input type="checkbox"/> RSPP <input type="checkbox"/> RLS/RLST <input type="checkbox"/> MC
<input type="checkbox"/> Il committente verifica l'applicazione delle informazioni relative al Covid-19 trasmette alle altre aziende	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Note:

1 - INFORMAZIONE

Con quali modalità è stata data diffusione in azienda delle informazioni e raccomandazioni prodotte da soggetti istituzionali ai lavoratori e a chiunque entri in azienda?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Poster affissi <input type="checkbox"/> Pieghevole Coronavirus Ministero Salute <input type="checkbox"/> Illustrazione del corretto lavaggio mani OMS <input type="checkbox"/> Indicazione corretto uso DPI <input type="checkbox"/> Rispetto distanza interpersonale > 1 m <input type="checkbox"/> Evitare assembramenti <input type="checkbox"/>
Note		
È stata data informazione per iscritto ai lavoratori e a chiunque entri in azienda della necessità di rimanere al proprio domicilio in caso di comparsa di febbre > 37,5°C o altri sintomi influenzali e di chiamare MMG?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	Esempi: <input type="checkbox"/> Consegna indicazioni numero verde regionale (800.033.033) o numero verde Ministero (1500) <input type="checkbox"/> Affissione di avvisi all'ingresso <input type="checkbox"/> Affissione di avvisi negli spazi comuni <input type="checkbox"/> Riscontro della ricezione da parte dei lavoratori <input type="checkbox"/>
Note		
È stata data informazione ai lavoratori e a	<input type="checkbox"/> Sì	Esempi:

chiunque entri che: - In caso di contatto negli ultimi 14 giorni con persone positive, - In caso di sintomi di influenza, - In caso di presenza di febbre > 37,5°C, non è consentito l'accesso o la permanenza in azienda?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Affissione di avvisi all'ingresso <input type="checkbox"/> Affissione di avvisi negli spazi comuni <input type="checkbox"/> Risccontro della ricezione da parte dei lavoratori <input type="checkbox"/> Traduzione delle informazioni in caso di accesso di fornitori o esterni stranieri <input type="checkbox"/>
Note		

2 – Modalità DI INGRESSO		
È stato predisposto un punto di controllo con misurazione della temperatura?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Sono state predisposte specifiche istruzioni operative <input type="checkbox"/> Definizione dell'addetto al controllo <input type="checkbox"/> Strumentazione specifica <input type="checkbox"/> Divieto di registrazione dei dati <input type="checkbox"/> Rispetto regolamento privacy <input type="checkbox"/>
Note		

3 – Modalità DI ACCESSO DEI FORNITORI ESTERNI		
Sono presenti ditte e/o lavoratori autonomi che effettuano accessi e/o svolgono attività lavorative all'interno del luogo di lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
Note		
Sono state predisposte delle procedure per modalità di ingresso-transito-uscita degli esterni/fornitori?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Procedure modalità di accesso-transito-uscita <input type="checkbox"/> Individuazione percorsi differenziati <input type="checkbox"/> Tempistiche differenziate <input type="checkbox"/> Se possibile, autisti restano a bordo <input type="checkbox"/> Obbligo distanza interpersonale > 1 m <input type="checkbox"/> Definizione di aree di carico e scarico <input type="checkbox"/> Divieto di accesso ai locali interni aziendali <input type="checkbox"/> Servizi igienici dedicati con pulizia giornaliera <input type="checkbox"/> Presa in consegna dei documenti avviene in modo da evitare contatti operatori-autisti <input type="checkbox"/> Impedito l'accesso ai visitatori <input type="checkbox"/> Evidenza di accettazione delle procedure di accesso
Note		
Altro		<input type="checkbox"/> Verifica sul corretto uso e gestione dei DPI <input type="checkbox"/> Sanificazione e igienizzazione dei locali, dei

		mezzi di trasporto <input type="checkbox"/> Modalità di consegna delle merci (pacchi, documenti): evitare contatti con i clienti, dotare chi effettua le consegne di DPI
Note		

4 – PULIZIA E SANIFICAZIONE		
È assicurata la pulizia giornaliera e la sanificazione periodica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	Esempi: <input type="checkbox"/> Impresa pulizie informata di eventuali casi e dotata di adeguati disinfettanti e procedure di intervento <input type="checkbox"/> Dotazione di prodotti a base di ipoclorito di sodio 0,1% o etanolo 70% <input type="checkbox"/> Definizione delle periodicità di sanificazione con impresa di pulizia <input type="checkbox"/> Garanzia di ricambi d'aria nei locali aziendali <input type="checkbox"/> In caso di presenza casi Covid-19 procedura di pulizia e sanificazione Circolare 5443/2020
Ambienti di lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
Postazioni più facilmente toccate dai lavoratori?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
Aree ristoro/mense?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
Mezzi aziendali?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
Note		

5 – PRECAUZIONI IGIENICHE PERSONALI		
È garantita la presenza di sapone e materiale per asciugarsi le mani, nelle aree dei servizi comuni (refettorio, mensa, spogliatoio, bagni)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Detergente a dispenser <input type="checkbox"/> Asciugamani ad aria o salviette monouso <input type="checkbox"/> Gel antisettici/disinfettanti <input type="checkbox"/> Illustrazione OMS corretto lavaggio mani <input type="checkbox"/> Avvisi per incentivare il frequente lavaggio <input type="checkbox"/> Avvisi di non toccarsi la faccia con le mani <input type="checkbox"/>
Note		

6 – DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE		
Sono messi a disposizione dei lavoratori adeguati strumenti di protezione individuale nel caso non sia possibile rispettare la distanza interpersonale > 1 m?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Barriere di separazione (plexiglass) <input type="checkbox"/> Mascherine chirurgiche <input type="checkbox"/> Mascherine FFP2/FFP3 <input type="checkbox"/> Guanti/guanti monouso <input type="checkbox"/> Camici – tute

		<input type="checkbox"/> Occhiali – visiere <input type="checkbox"/>
Note		
Sono indicate le corrette modalità d'uso ed eventuale recupero dei DPI?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	Esempi: <input type="checkbox"/> Istruzioni modalità di utilizzo mascherine <input type="checkbox"/> Istruzioni modalità d'uso guanti, in particolare lo sfilamento <input type="checkbox"/> Istruzioni modalità di recupero occhiali-visiere <input type="checkbox"/>
Note		

7 – GESTIONE SPAZI COMUNI

Sono presi provvedimenti affinché sia rispettata la distanza interpersonale di sicurezza > 1 m?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Accessi contingentati con numero chiuso <input type="checkbox"/> Disposizioni affisse in aree ristoro, mense, sale di attesa, spogliatoi, zone fumatori <input type="checkbox"/> Definizione frequenza pulizia spazi comuni <input type="checkbox"/>
Note		

8 – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

È stata attuata modalità lavorativa diversa?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Smart working <input type="checkbox"/> Turnazione <input type="checkbox"/> Sospensione attività non indispensabili alla produzione <input type="checkbox"/> Sospensione trasferte di lavoro <input type="checkbox"/> Congedo ordinario <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/>
Note		

9 – GESTIONE ENTRATA E USCITA DIPENDENTI

Sono state organizzate le entrate e le uscite dalle zone comuni (ingresso, spogliatoio, bagno, sala mensa, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Ove possibile, porta separata di entrata e di uscita dai locali <input type="checkbox"/> Ingressi <input type="checkbox"/> Spogliatoi <input type="checkbox"/> Mensa <input type="checkbox"/> Presenza di detergenti
Note		

10 – SPOSTAMENTI INTERNI, RIUNIONI, FORMAZIONE

Sono limitati al minimo indispensabile i contatti ravvicinati tra i lavoratori?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Limitando lo spostamento all'interno dei siti produttivi anche con modalità organizzative, turni <input type="checkbox"/> Contingentando l'accesso agli spazi comuni (spogliatoi, aree ristoro, mense) <input type="checkbox"/>
Note		
Sono evitati incontri collettivi in situazioni di affollamento in ambienti chiusi privilegiando soluzioni di comunicazione a distanza?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Rinviati meeting e convention aziendali <input type="checkbox"/> Rinvio corsi di formazione <input type="checkbox"/> Video conferenze anziché riunioni in presenza <input type="checkbox"/>
Note		

11 – GESTIONE PERSONA SINTOMATICA IN AZIENDA

È stata predisposta una procedura per la gestione della persona sintomatica in azienda?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Indicazione scritta/verbale relativa a chi si devono rivolgere per la segnalazione <input type="checkbox"/> è stata isolata la persona <input type="checkbox"/> L'azienda ha segnalato alle Autorità competente <input type="checkbox"/> Sono stati individuati i contatti stretti per indicarli all'AUSL <input type="checkbox"/> Sono stati notificati gli ambienti frequentati dalla persona contagiata seguendo Circolare 5443/2020
Note		

12 – SORVEGLIANZA SANITARIA, MEDICO COMPETENTE, RLS

Il medico competente ha predisposto specifiche misure per proseguire la sorveglianza sanitaria?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Indicazione misure igieniche adottate dal MC secondo Ministero Salute <input type="checkbox"/> Privilegiare le visite preventive, le visite a richieste dall'addetto <input type="checkbox"/> Visite a rientro malattie sopra i 60 gg <input type="checkbox"/>
Note		
Il medico competente ha collaborato all'individuazione delle misure di prevenzione specifica da attuare, insieme a DDL e RLS?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Individuazione dei percorsi e della distribuzione dei lavoratori all'interno dell'azienda ai fini del mantenimento della distanza <input type="checkbox"/> Individuazione dei dispositivi di protezione da utilizzare <input type="checkbox"/> Definizione dei contatti stretti in caso di positività verificatasi tra i lavoratori <input type="checkbox"/>
Note		

NOTE DEGLI UPG:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LA/E PERSONA/E PRESENTE/I AL SOPRALLUOGO DICHIARA/NO:

.....

.....

.....

.....

Luogo	Firma del/i verbalizzante/i UUPG	Firma della/e persona/e ricevente/i
-------	----------------------------------	-------------------------------------

ATTO DI CHIUSURA DELL'INTERVENTO

Effettuate le opportune valutazioni da parte degli Organi di Vigilanza in intestazione, l'intervento relativo al presente verbale di sopralluogo, attivato in data _____, è stato chiuso in data _____ alle ore _____.