

**S.Pre.S.A.L.** (Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro)**MODULO ISPEZIONE CANTIERE TEMPORANEO O MOBILE**

Ispezione effettuata da _____ il _____ INIZIO ORE _____

Cantiere sito nel Comune di _____ via _____

Lavori di _____

 Permisso di costruire - DIA - SCIA N. _____ del _____ Inizio lavori _____ Committente Responsabile dei Lavori _____

Sede Legale _____ Via _____ n° _____

Impresa esecutrice dei lavori _____

_____ tel. _____

 Titolare Legale Rappresentante Amministratore: _____

Sede Legale nel Comune di _____ (____) via _____ n. _____

Impresa sub appaltatrice _____

_____ tel. _____

Impresa sub appaltatrice _____

_____ tel. _____

 Lavoratori autonomi 1° _____ 2° _____

3° _____ 4° _____

 Precedenti ispezioni effettuate in cantiere si no effettuate dagli Ispettori _____

Ente _____ in data _____

N	DOCUMENTI
1	NOTIFICA PRELIMINARE
2	ORGANIGRAMMA
3	SEGNALETICA DI SICUREZZA CARTELLO DI CANTIERE RECINZIONE
4	PIANO OPERATIVO DI SICUREZZA
5	PIANO DI SICUREZZA E COORDINAMENTO
6	FASCICOLO DELL'OPERA
7	PIANO DI MONTAGGIO, USO, SMONTAGGIO DI PONTEGGI METALLICI (P.I.M.U.S.)
8	LIBRO UNICO O UNILAV PERSONALE O ULTIMA BUSTA PAGA
9	DURC AGGIORNATO
10	COORDINATORE PER LA PROGETTAZIONE (CSP)
11	COORDINATORE ESECUZIONE LAVORI (CSE)

12	VERBALI di coordinamento di cantiere redatti dal Coordinatore per l'Esecuzione lavori.
13	<input type="checkbox"/> Nomina Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione <input type="checkbox"/> <i>Nomina addetti al Primo Soccorso</i> <input type="checkbox"/> <i>Nomina addetti Prevenzione Incendi</i> <input type="checkbox"/> <i>Nomina del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza</i> <input type="checkbox"/> <i>Formazione Addetti al Montaggio dei Ponteggi</i>
14	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI:
15	INFORMAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE Formazione attrezzature particolari
	SORVEGLIANZA SANITARIA: Nominativo Medico Competente Certificati di idoneità lavorativa in corso di validità
16	DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' IMPIANTO ELETTRICO Estremi invio a ISPESL e ASL
17	LIBRETTO APPARECCHI DI SOLLEVAMENTO con verifiche periodiche - verifiche funi/catene - registro di controllo
18	DOTAZIONE IGIENICO – SANITARIA LUOGHI DI LAVORO
19	ATTREZZATURE DI LAVORO: MANUALE DI USO E MANUTENZIONE E REGISTRO DI CONTROLLO AGGIORNATO
20	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE
21	CASSETTA PRONTO SOCCORSO / o pacchetto medicazione

OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO **IMPRESA** _____
 COGNOME: _____ NOME: _____
 LUOGO DI NASCITA: _____ PROV. _____ DATA DI NASCITA: _____
 RESIDENZA : _____ VIA _____ N° _____
 QUALIFICA _____ IMPIEGATO DAL _____

OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO **IMPRESA** _____
 COGNOME: _____ NOME: _____
 LUOGO DI NASCITA: _____ PROV. _____ DATA DI NASCITA: _____
 RESIDENZA : _____ VIA _____ N° _____
 QUALIFICA _____ IMPIEGATO DAL _____

OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO **IMPRESA** _____
 COGNOME: _____ NOME: _____
 LUOGO DI NASCITA: _____ PROV. _____ DATA DI NASCITA: _____
 RESIDENZA : _____ VIA _____ N° _____
 QUALIFICA _____ IMPIEGATO DAL _____

ESITI DEL SOPRALLUOGO

Si rileva che:

GENERALITA' E RECAPITI

ACCOMPAGNATORE DURANTE IL SOPRALLUOGO

NOME: _____ COGNOME: _____
LUOGO DI NASCITA: _____ PROVINCIA: _____
DATA DI NASCITA: _____ RESIDENZA O DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____ FAX: _____

DATORE DI LAVORO

NOME: _____ COGNOME: _____
LUOGO DI NASCITA: _____ PROVINCIA: _____
DATA DI NASCITA: _____ RESIDENZA O DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____ FAX: _____

CAPO CANTIERE

NOME: _____ COGNOME: _____
LUOGO DI NASCITA: _____ PROVINCIA: _____
DATA DI NASCITA: _____ RESIDENZA O DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____ FAX: _____

ORA FINE SOPRALLUOGO _____

FIRMA DELLA PERSONA PRESENTE AL SOPRALLUOGO

FIRMA DEGLI OPERATORI ASL

DATA _____ / 2016