



**S.Pre.S.A.L.** (Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro)

### MODULO ISPEZIONE OFFICINE MECCANICHE

Ispezione effettuata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ INIZIO ORE \_\_\_\_\_

Denominazione Officina Meccanica \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Titolare  Legale Rappresentante: Sig. \_\_\_\_\_

Sede Legale nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

N° di Dipendenti \_\_\_\_\_

Precedenti ispezioni effettuate nell'officina meccanica: si  no

effettuate dagli dall'Ente \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

<b>REQUISITI GENERALI DEI LUOGHI DI LAVORO</b>			
I locali utilizzati come luoghi di lavoro hanno:			
- pavimenti non sdruciolevoli, senza buche o avvallamenti e passaggi sgombri	si	no	
- vie d'uscita ed emergenza facilmente individuabili, raggiungibili e non ostruite da oggetti	si	no	
Il locale utilizzato come luogo di lavoro:			
- è provvisto di ricambio naturale o forzato d'aria adeguato	si	no	
- è illuminato in modo idoneo, con luce naturale ed artificiale	si	no	
- è dotato di illuminazione di emergenza	si	no	
È dotato servizi igienici :			
Locali spogliatoi per i lavoratori			
- Locali spogliatoi per i lavoratori: sono presenti	si	no	
Attrezzatura minima di pronto soccorso			
- è presente la cassetta di pronto soccorso	si	no	

<b>MOVIMENTAZIONE DEI MATERIALI</b>			
Sono presenti in azienda attrezzature che evitano la movimentazione manuale dei carichi ( muletti, trans- pallets, carrelli)	si	no	

<b>PREVENZIONE INCENDI</b>			
- Certificato Prevenzione Incendi D.P.R. 151/2011	N.A.	si	no

<b>IMPIANTO ELETTRICO</b>			
- è presente la dichiarazione di conformità	si	no	
- è costruito con componenti aventi un grado di protezione adeguato	si	no	
- i cavi elettrici sono protetti dagli urti e dall'usura	si	no	
- è presente l'omologazione per impianti con pericolo di esplosione (art. 4 c.1 e art. 6 c.1 d.p.r. 462/01)	N.A.	si	no
- è presente denuncia di messa a terra e i verbali di verifica periodica	N.A.	si	no

**S.Pre.S.A.L.** (Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro)

<b>IMPIANTI DI SOLLEVAMENTO</b>			
Per le attrezzature di sollevamento si dispone di:			
- certificato di conformità fornito dal costruttore	N.A.	si	no
- libretto o prima verifica INAIL (ex ISPESL)	N.A.	si	no
- verbale di verifica periodica	N.A.	si	no
- registro di verifica trimestrale di funi e catene	N.A.	si	no
- gancio con dispositivo di chiusura all'imbecco in modo da impedire lo sganciamento delle funi, catene o altri organi di presa	N.A.	si	no

<b>IMPIANTO ARIA COMPRESSA</b>		
- Libretti matricolari dei compressori	si	no

<b>ZONA SALDATURA</b>		
- sono presenti sistemi di aspirazione localizzata	si	no
- gli operatori utilizzano grembiule, guanti in cuoio o tessuto ignifugo, occhiali, visiere e maschere da saldatore	si	no

<b>DOCUMENTI PRESENTI NEL LUOGO DI LAVORO (DA ESIBIRE E VALUTARE IN SEPARATA SEDE)</b>			
- Schede di sicurezza delle sostanze e dei preparati utilizzati	si	no	
DVR (documento di valutazione dei rischi) comprende la valutazione di:			
- rumore	N.A.	si	no
- vibrazioni	N.A.	si	no
- agenti chimici	N.A.	si	no
- movimentazione manuale dei carichi (MMC)	N.A.	si	no
- incendio	N.A.	si	no
- amianto (presenza di coperture in eternit in ambiente di lavoro)	N.A.	si	no
- piano d'emergenza	N.A.	si	no
- atmosfere esplosive	N.A.	si	no
- stress correlato al lavoro	N.A.	si	no
- Registro infortuni	si	no	
- corso di formazione per i lavoratori	si	no	
- nomina RSPP e relativo corso di formazione	si	no	
- nomina addetti antincendio con i relativi corsi	si	no	
- nomina addetti primo soccorso con i relativi corsi	si	no	
- RLS nomina e corso	si	no	
- Nomina medico competente	N.A.	si	no
- Certificati di idoneità alla mansione	N.A.	si	no
-	N.A.	si	no



**S.Pre.S.A.L.** (Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro)

**OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO (ACCOMPAGNATORE)**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_ IMPIEGATO DAL \_\_\_\_\_

**OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_ IMPIEGATO DAL \_\_\_\_\_

**OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_ IMPIEGATO DAL \_\_\_\_\_

**OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_ IMPIEGATO DAL \_\_\_\_\_

**OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_ IMPIEGATO DAL \_\_\_\_\_

**OPERAIO PRESENTE AL SOPRALLUOGO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_ IMPIEGATO DAL \_\_\_\_\_

**ESITI DEL SOPRALLUOGO**

**Si rileva che:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**S.Pre.S.A.L.** (Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro)

**GENERALITA' E RECAPITI**

**DATORE DI LAVORO**

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

**CAPO REPARTO**

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 \_\_\_\_\_