



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'ESECUZIONE DEL SEGUENTE PERMESSO DI LAVORO RUTINARIO  
RELATIVO A MANUTENZIONE APPARECCHIATURE ANTINCENDIO**

Reparto interessato dall'attività: \_\_\_\_\_ Turno 1° ☐ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
Turno 2° ☐ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Attività da effettuare a cura:

☐ della IES

☐ della Ditta \_\_\_\_\_ ☐ ODC N° \_\_\_\_\_ ☐ Contratto N° \_\_\_\_\_

	Sigle	Benestare C.T./C.T.M./OPERATORE Area coinvolta	
		1° Turno	2° Turno
<input type="checkbox"/> Valvole A.I.	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Valvole idranti	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Monitori fissi	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Monitori carrellati	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Carrelli schiumog.	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Naspi acqua	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Naspi vapore	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Lance schiuma	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ugelli/Sprinklers	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Estintori	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Autorespiratori	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Firma reparto che richiede l'attività**

Rischi dell'Ambiente di lavoro \_\_\_\_\_

DPI Prescritti oltre a quelli standard \_\_\_\_\_

**Firma C.T./C.T.M./OPERATORE** 1° Turno \_\_\_\_\_ 2° Turno \_\_\_\_\_

**FIRME ESECUTORI**

Inizio lavoro alle ore \_\_\_\_\_ Fine lavoro alle ore \_\_\_\_\_

1° Turno \_\_\_\_\_ 1° Turno \_\_\_\_\_

2° Turno \_\_\_\_\_ 2° Turno \_\_\_\_\_

Accettazione fine lavoro alle ore \_\_\_\_\_

**Firma C.T./C.T.M./OPERATORE**

**Firma del Richiedente**