



Data: ____ / ____ / ____	VERIFICA di CAMPO per la valutazione delle INTERFERENZE	Area Ispezionata: _____ Capo Turno: _____
--------------------------	--	--

		SI	NO
VERIFICA INTERFERENZE CON ALTRI LAVORI IN CORSO			
1: N° PdL	Tipo di Lavoro/Operazione		
	Eventuali rischi che può indurre sulle altre attività		
	Eventuali Prescrizioni per la gestione delle interferenze		
2: N° PdL	Tipo di Lavoro/Operazione		
	Eventuali rischi che può indurre sulle altre attività		
	Eventuali Prescrizioni per la gestione delle interferenze		
3: N° PdL	Tipo di Lavoro/Operazione		
	Eventuali rischi che può indurre sulle altre attività		
	Eventuali Prescrizioni per la gestione delle interferenze		
1 PERMESSI DI LAVORO		SI	NO
1.1	Presente sul posto di lavoro e Correttamente autorizzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE		SI	NO
2.1	Obbligatorie indossate (indumenti da lavoro, elmetto, scarpe di sicurezza, gas-badges per CO-H2S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Al seguito (Maschera per CO-H2S, occhiali, guanti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Altri prescritti dal PdL o da apposita segnaletica (autorespiratore, dpi antiacido, mezzi di protezione dell'udito, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AMBIENTE DI LAVORO		SI	NO
3.1	Impianti elettrici temporanei a norma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Buon ordine/pulizia e corretta visibilità dell'area di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Segnaletica di sicurezza e transennatura aree di cantiere/aperture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 METODOLOGIA DI LAVORO		SI	NO
4.1	Presenza e utilizzo soltanto di attrezzatura/mezzi di lavoro autorizzati (compresi automezzi e gru)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 LAVORI IN QUOTA (Ponteggi)		SI	NO
5.1	Durante la costruzione del ponteggio: uso cintura di sicurezza, area delimitata, protezione caduta gravi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Durante l'esercizio: sono idonei parapetti, fermapiè, scale fra le quote, ancoraggio e messa a terra (ove richiesta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 GESTIONE SOSTANZE PERICOLOSE		SI	NO
6.1	Le sostanze pericolose sono autorizzate all'ingresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE:

CT/CTM:	Nome	Firma/e: (per verifica effettuata)	Reparto:
Ditta	Nome (rappres. in campo)	Firma: (per presa visione)	Reparto:
Ditta	Nome (rappres. in campo)	Firma: (per presa visione)	Reparto:
Ditta	Nome (rappres. in campo)	Firma: (per presa visione)	Reparto: