

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE

DES AMBROIS

- Oulx -

Servizio di
Prevenzione e
Protezione**DOCUMENTO DI CONTROLLO DELLE STRUTTURE, DELLE PROCEDURE E DEI
DISPOSITIVI DI SICUREZZA**

ADDETTI PRIMO SOCCORSO

Compilato da: _____ relativo alla sede: _____ in data _____

Controllo positivo

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 1. Cassetta di Primo Soccorso | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 2. Presenza e funzionalità DPI | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 3. Confinamento prodotti pulizia e sostanze pericolose | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 4. Funzionalità/pulizia serv. igienici | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 5. Microclima, spifferi, finestre | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 6. Tende, veneziane, oscuranti | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 7. Presenza vetri rotti | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 8. Funzionalità delle luci | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 9. Pulizia muri, igiene pareti | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 10. Funzionalità degli arredi | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 11. Ergonomia postazioni di lavoro | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 12. Rumori, vibrazioni | ☐ Sì | ☐ No | _____ |
| 13. Interni. Intonaci, murature, porte, radiatori, parapetti e altre situazioni di rischio riscontrabili a vista | ☐ Sì | ☐ No | _____ |

ULTERIORI SEGNALAZIONI:

DOMANDE, DUBBI, RICHIESTE:

Il compilatore (data e firma) _____

Indicare con una **X** sul "Sì" se non si riscontrano anomalie o con una **X** sul "No" se si riscontrano anomalie; in questo caso esporre brevemente: anomalia riscontrata e ubicazione. Se manca spazio, allegare un ulteriore testo esplicativo.