

**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE****INFORMAZIONI GENERALI**

Ragione sociale Azienda:
Codice Fiscale/P.IVA:
Sede legale:
Sede produttiva:
Lavorazioni: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Montaggio/smontaggio/trasformazione ponteggi (ATECO 43.99) <input type="checkbox"/> Costruzione/Rifacimento tetti (ATECO 43.91) ovvero lavori di lattoneria o installazione pannelli fotovoltaici <input type="checkbox"/> Bonifica/rimozione/smaltimento amianto (ATECO 39.00) <input type="checkbox"/> Lavori stradali (ATECO 42.11) <input type="checkbox"/> Rifacimento della segnaletica stradale
L'azienda è associata ad una Associazione di Categoria? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sì Quale: _____ <input type="checkbox"/> No
Quale CCNL è applicato dall'azienda? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indicare il CCNL applicato _____

LAVORATORI**A) DIPENDENTI**

Mansione	Numero lavoratori		Di cui		Di cui	
	M	F	N. < 60 anni di età	N. > 60 anni di età	N. dipendenti a tempo indeterminato	N. dipendenti a tempo determinato

Orari di lavoro: Dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ Pausa dalle _____ alle _____
Dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ Pausa dalle _____ alle _____

B) FORNITURA MANODOPERA DA AZIENDE DI SERVIZI ESTERNE

<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	N. addetti _____
--	------------------

	Nominativo Azienda fornitrice	P.IVA Azienda Fornitrice	Lavorazione affidata	Periodo
1.				
2.				
3.				

(*) Affidamento in corso o nei 12 mesi precedenti

Orari di lavoro: Dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ Pausa dalle _____ alle _____
Dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ Pausa dalle _____ alle _____

ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE

Indicare il numero di operatori addetti al Primo Soccorso e Gestione Emergenze N. _____
Medico Competente Nome e Cognome _____ Mail _____ Cell. _____
R.S.P.P. Nome e Cognome _____ Mail _____ Cell. _____
RLS/RLST Nome e Cognome _____ Mail _____ Cell. _____

PROGRAMMAZIONE DEI LAVORI

L'azienda svolgerà attività lavorativa già programmata nel territorio di competenza di questa ATS nel 2024 o 2025 <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, indicare, se già noti, i riferimenti dei cantieri/luoghi di lavoro (es. numero notifica preliminare) 1. _____ 2. _____ 3. _____

MISURE DI INTEGRAZIONE SALARIALE

L'azienda ha fatto ricorso al trattamento di integrazione salariale con la casuale "eventi meteo" per temperature elevate (Messaggio INPS N. 2729 del 20/07/2023)? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No, indicare la motivazione: _____ <input type="radio"/> No, non ne ero a conoscenza

SORVEGLIANZA SANITARIA

<p>1. Si effettua la Sorveglianza Sanitaria a tutti gli addetti:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> Solo dipendenti tempo indeterminato<input type="radio"/> No (specificare la motivazione): _____
<p>2. Il protocollo sanitario include il rischio calore/UV solare:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Non so
<p>3. Presenza di eventuali idoneità alla mansione con limitazioni relative al rischio calore:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> No<input type="radio"/> Se sì, indicare la tipologia di limitazioni: _____
<p>4. Si sono verificati negli anni 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 infortuni da colpo di calore?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì <p>Descrivere modalità e durata degli eventi:</p> <ul style="list-style-type: none">a) _____b) _____c) _____ <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

<p>1. Viene effettuata la valutazione del rischio su stress da calore/UV solare?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> No (specificare la motivazione): _____
<p>2. Sono consultate le condizioni metereologiche/i sistemi previsionali di allerta caldo?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> No
<p>3. Ci sono strumenti di misurazione della temperatura/umidità per gli ambienti all'aperto o chiusi dedicati alla sosta o a eventuali lavorazioni?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì <p>Quali: _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No
<p>4. Sono raccomandate ed utilizzate specifiche protezioni per l'esposizione a UV o alte temperature (ad esempio abbigliamento adeguato, etc. ...)?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì <p>Quali: _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No
<p>5. L'orario e le modalità di lavoro sono organizzati in funzione delle condizioni metereologiche (ad. Esempio: avvio anticipato, riposo negli orari a maggior rischio, etc. ...)?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> No
<p>6. Sono previste pause nel corso delle lavorazioni in funzione delle condizioni micro-climatiche?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì in spazi aziendali dedicati. <p>Specificare: _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No

<p>7. E' prevista la presenza di punti sosta e rinfresco in prossimità dei luoghi di lavoro? (Locali climatizzati, tettoie di protezione/schermature, ombreggianti delle baracche di cantiere, etc. ...)</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p>Specificare: _____</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>8. Sono fornite, senza oneri a loro carico, acqua e/o altre bevande ai lavoratori?</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>9. Viene verificata l'adeguatezza dell'abbigliamento per chi opera all'aperto?</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sì, ma con oneri a carico dei lavoratori</p>
<p>10. Viene effettuata l'informazione circa il rischio stress da calore ai lavoratori, prima dell'inizio dell'attività lavorativa? (es.: fornitura schede semplificate)</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>11. Eventuali ulteriori misure preventive attuate per il rischio stress da calore?</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p>Quali _____</p> <p><input type="radio"/> No</p>

FORMAZIONE DEI LAVORATORI

<p>1. Il Datore di Lavoro ha provveduto alla formazione in tema di SSL di tutti i lavoratori ai sensi dell'articolo 37 comma 1 lettere a) e b) del D.Lgs. 81/08?</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> NO (specificare la motivazione): _____</p>
<p>2. Nei confronti dei lavoratori stranieri i corsi di formazione sono realizzati previa verifica della comprensione e conoscenza della lingua veicolare e con modalità che assicurino la comprensione dei contenuti del corso di formazione, quali, ad esempio, la presenza di un mediatore interculturale o di un traduttore?</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> NO (specificare la motivazione): _____</p>
<p>3. Nei programmi di formazione è trattato il tema dello stress da calore/esposizione raggi UV?</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>4. Il Medico Competente partecipa alla progettazione dei corsi di formazione con specifico riferimento al rischio stress da calore/esposizione raggi UV?</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>5. Sono stati informati gli addetti al Primo Soccorso relativamente alle corrette azioni da intraprendere in caso di sintomi da stress da calore?</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p>

CONCLUSIONI

1. L'utilizzo della presente autovalutazione ha suggerito di:
 - Aggiornare il DVR con la valutazione del rischio da stress da calore/raggi UV
 - Implementare il DVR/POS con procedure specifiche
 - Rimodulare l'organizzazione del lavoro
 - Mettere a disposizione bevande e/o aree di riposo adeguate
 - Introdurre nuovi DPI/abbigliamento da lavoro
 - Aggiornare il protocollo sanitario
 - Aggiornare l'attività di informazione e formazione
 - Altro (specificare): _____
 - Nessun intervento necessario

Data di compilazione, __/__/____

Timbro aziendale e firma