|  |  |
| --- | --- |
| **MISSIONE:** | **OGGETTO:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1-SCHEDA ANAGRAFICA DELL’INTERVENTO** | |
| PROGETTO/COMMITTENTE |  |
| PROGETTO |  |
| AREA DI LAVORO |  |
| TIPO DI ATTIVITA’ |  |
| CARATTERISTICHE LOCALITA’ AREA DI ATTIVITA’ |  |
| COMUNE-PROVINCIA-STATO |  |
| DATA INIZIO |  |
| DATA FINE |  |
| DURATA |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2-RESPONSABILI e INCARICATI in CAMPO** | | **FIRMA** |
| RESPONSABILE OPERATIVO SICUREZZA (ROS) |  |  |
| PRIMO SOCCORSO |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3-ELENCO DEL PERSONALE AFFERENTE ISP-CNR PRESENTE SULL’AREA DI LAVORO** | | | |
|  | NOME COGNOME | QUALIFICA | MANSIONE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4-ELENCO DEL PERSONALE NON AFFERENTE ISP-CNR PRESENTE SULL’AREA DI LAVORO** | | | |
|  | NOME COGNOME | QUALIFICA | MANSIONE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **5-ELENCO DOCUMENTI SICUREZZA IN LOCO DOVE PREVISTO** | | |
| DOCUMENTO | | ENTE DI COMPETENZA | NOTE |
|  | |  |  |

**6-ATTIVITA’ E LAVORAZIONI**

**7-VALUTAZIONE, CATALOGAZIONE E CONOSCENZA DEI RISCHI**

Oltre ai rischi delle attività svolte presso la sede abituale per le presenti attività e lavorazioni possono essere individuati ulteriori rischi ambientali aggiuntivi indicati nell’elenco precedente.

La valutazione e l’adozione di misure per la loro riduzione va riportata nella sottostante tabella, in base all’integrazione delle procedure di sicurezza delle attività

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **7A- CARATTERIZZAZIONE ATTIVITA’** | |  | |
| **Breve descrizione:** | |  | |
| Impegno orario quotidiano | |  | |
| Verosimile impegno fisico intenso e/o prolungato, con breve descrizione per una migliore caratterizzazione. | |  | |
| Eventuale manipolazione/esposizione ad agenti chimici, fisici, biologici. | |  | |
| Rischi per presenza di animali pericolosi. | |  | |
| Movimentazione di carichi pesanti | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7B RISCHI AGGIUNTIVI (se presenti)** |  |  |
| TIPO DI RISCHIO | VALORE | MISURE DI PREVENZIONE E DPI PREVISTI |
| MICROCLIMA SEVERO FREDDO |  |  |
| TURNI NOTTURNI |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8-ELENCO STRUMENTAZIONE E MEZZI IMPIEGATI SULL’AREA DI LAVORO** | | | |
|  | ATTREZZATURE | CERTIFICATO | USI | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **9-ELENCO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE** | | | |
|  | DPI | CARATTERISTICHE | FASI DI LAVORO | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **10-PROTOCOLLO SANITARIO SPECIFICO** | |
| PRESCRIZIO | | TIPO | | SI/NO |
|  | |  | |  |

**11- EMERGENZA SANITARIA**

Per gli interventi di Primo Soccorso di lieve entità, il personale è dotato di cassetta di Pronto Soccorso conforme alla normativa di Legge. Il protocollo di intervento prevede che per ogni azione di primo soccorso, venga contattato il nostro Addetto al Primo Soccorso **dove presente**, prima di eseguire qualsiasi azione sull’infortunato lieve.

Per gli interventi di Primo Soccorso su lesioni o danni che sono o potrebbero sembrare di entità media o grave, si ricorre al protocollo di emergenza sanitaria.

Si forniscono qui di seguito i numeri di utili di pronto intervento da conservare e tenere in considerazione per la pronta attivazione dei servizi di emergenza.

|  |  |
| --- | --- |
| Numeri di telefono della Base Artica CNR | Norvegese: +47 7902 6850  Italiani: +39 06499372331 e  +39 06499372332 |
| Ulteriori numeri specifici per la zona | Sorveglianza Kings Bay, attiva 24 ore su 24. Il numero di telefono del Watchman è: +47 7902 7238 |

Il ROS ha l’obbligo di rivalutare durante le trasferte le situazioni operative che differiscono da quanto pianificato nella sezione 7A e dare le misure di prevenzione e protezione adeguate per la tutela della salute e sicurezza degli operatori in campo.

Ogni situazione anomala (infortuni, ricoveri, incidenti anche lievi, etc.) va segnalata tempestivamente al Datore di Lavoro.

Il presente piano costituisce allegato alla missione del ROS e sarà custodito dallo stesso e firmato da ogni singola unità di personale partecipante alle attività prima dell’inizio delle stesse.

|  |  |
| --- | --- |
| **Il ROS della missione**  (che autocertifica la veridicità dei contenuti suesposti[[1]](#footnote-1), della documentazione e si rende garante dell’esecuzione dei compiti eventualmente indicati) | |
|  | Data  Firma |
| **Il personale di cui ai precedenti punti 3. e 4.**  (che prende visione dei contenuti suesposti e si impegna a supportare il ROS, a osservare le disposizioni ed a eseguire i compiti eventualmente indicati) | |
|  | Data  Firma |
|  | Data  Firma |
| **Il Direttore o suo incaricato**  Prende visione/Autorizza | Data  Firma |

1. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 [↑](#footnote-ref-1)