

**VERBALE DI SOPRALLUOGO  
DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI**

Allegato all'ordine n° \_\_\_\_\_

Descrizione lavori: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sede dei lavori: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'impresa \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in applicazione di quanto prescritto dall'art. 7 del D.Lgs 626/94, con riferimento ai lavori sopra illustrati,

**DICHIARA:**

- che in data odierna ha effettuato, accompagnato da \_\_\_\_\_, quale rappresentante dell'INFN, un apposito SOPRALLUOGO nell'area che sarà sede dei lavori;
- che la durata prevista dei lavori sarà di \_\_\_\_\_ giorni;
- che il sarà coinvolto nella realizzazione dei lavori solo il personale qui riportato:

PERSONALE PRESENTE IN CANTIERE	RUOLO/FUNZIONE
	Responsabile del cantiere e/o dei lavori

**In seguito al sopralluogo, congiuntamente al committente, si annota:**

Dotazioni di Emergenza presenti nell'ambiente di lavoro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altre misure di prevenzione installate: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prescrizioni e/o disposizioni particolari: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

**POSSIBILI RISCHI DERIVANTI DA INTERFERENZE**  
**(oltre a quanto già riportato nel DUVRi redatto dall'INFN)**

VALUTAZIONE RISCHI		MISURE ADOTTATE PER ELIMINARE LE INTERFERENZE
<input type="checkbox"/> Rischi Meccanici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Elettrici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Radiazioni Non Ionizzanti _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Fisici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Ergonomici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi chimici/cancerogeni/mutageni: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Biologici: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi legati al lay-out: (spazi di lavoro, movimentazioni, ecc.) _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi dovuti alla presenza di particolari macchine, impianti o attrezzature: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischio Incendio/Esplosione: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Rischi Ambientali: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Aspetti organizzativi e gestionali: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Altro: _____	B	
	M	
	A	
<input type="checkbox"/> Altro: _____	B	
	M	
	A	

Nota: B=basso, M=medio, A=alto

**ULTERIORI MISURE ADOTTATE PER RIDURRE I RISCHI DERIVANTI DA INTERFERENZE:**

**NOTE:**

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:**

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di ritenere sufficienti le misure adottate per eliminare le interferenze elaborate a seguito della valutazione dei rischi congiunta e riportate nel seguente documento.
- di essere stato correttamente informato circa i rischi specifici esistenti nell'ambiente di lavoro in cui opereremo e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate.

Si impegna inoltre formalmente a contattare il proponente dell'ordine e rappresentante dell'INFN qualora ritenga necessario, durante l'esecuzione dei lavori, acquisire ulteriori informazioni, effettuare una nuova valutazione dei rischi o modificare le misure adottate per eliminare le interferenze.

Luogo e data .....

Firma impresa appaltatrice

.....

RUP-INFN

.....

RSPP-INFN

.....

*In mancanza di nomina del RUP con incarico di elaborare anche il Documento Unico di Valutazione dei Rischi, firmerà il Direttore.*

**AGGIORNAMENTO DEL \_\_\_\_\_**

**VARIAZIONI RISPETTO AL PRECEDENTE DOCUMENTO:**

**ULTERIORI MISURE ADOTTATE PER ELIMINARE I RISCHI DA INTERFERENZE:**

**ALTRO**

FIRMA IMPRESA APPALTATRICE

FIRMA RUP E RSPP INFN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AGGIORNAMENTO DEL \_\_\_\_\_**

**VARIAZIONI RISPETTO AL PRECEDENTE DOCUMENTO:**

**ULTERIORI MISURE ADOTTATE PER ELIMINARE I RISCHI DA INTERFERENZE:**

**ALTRO**

FIRMA IMPRESA APPALTATRICE

FIRMA RUP E RSPP INFN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_