

<b>ALLEGATO A</b> al verbale di accordo per la costituzione del  <b>OPRER          PESCA</b>	<b>SCHEDA DI ATTIVITA' n.</b>		
	<b>Redatta dal RLST</b>		
	<b>Nella marineria di</b>		
	<b>Data</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>alle ore</b>
	<b>Km percorsi dalla sede di lavoro, andata + ritorno .....</b>		

<b>MOTOPESCA</b>
<b>IMPRESA DI PESCA</b>
<b>Indirizzo</b>
<b>Telefono</b> <b>Email</b>
<b>Posizione I.N.P.S.</b>
<b>Tecnica di pesca praticata</b>
<b>Datore di lavoro Sig.</b> <b>R.S.P.P. Signor</b>
<b>Medico Competente Dott./D.ssa</b>

	numero addetti	n° titolari soci coll.	numero operai	numero impiegati			di cui stranieri
Totale							
Maschi							
Femmine							

<b>PARTECIPANTI ALL'INCONTRO</b> <b>(da sottoscrivere a compimento della visita, anche quale attestazione dell'effettuazione della stessa )</b>		
partecipanti	funzione	firma
	Rappresentante Territoriale per la Sicurezza dei Lavoratori	
	Titolare o Legale rappresentante	
	Rsp Consulente	
	Associazione	

DOCUMENTAZIONE VISIONATA		ESISTENTE	SI	NO	NP
1	Documento di valutazione del rischio / piano di sicurezza:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Valutazione del rischio da Movimentazione Manuale dei Carichi:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Valutazione del rischio incendio:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Valutazione dell'esposizione al rumore:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Valutazione del rischio per gestanti puerpere ed allattamento:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Valutazione del rischio minori:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Valutazione del rischio chimico:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Valutazione del rischio biologico:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Verifica dell'impianto di messa a terra:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Valutazione del rischio da vibrazioni:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Valutazione del rischio esplosione(ATEX):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Valutazione del rischio da stress lavoro – correlato:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Valutazione del rischio biologico:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Valutazione del rischio da ambiente confinato:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Valutazione del rischio da cadute dall'alto:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Valutazione del rischio da Radiazioni Ottiche Naturali:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Valutazione del rischio da Campi Elettromagnetici:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Valutazione del rischio da Covid 19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Verbale della riunione periodica annuale(art. 14 DL 271/99)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Certificato delle annotazioni di sicurezza del _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modalità di informazione formazione rivolta ai lavoratori		<b>ESISTENTE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
A	Verifica verbali dell'attività di formazione		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	Procedura formativa nuovi assunti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ultima attività formativa					
◆ Fatta il:		in azienda		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Consulente esterno				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Opuscoli:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Corso:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomina e formazione degli addetti al servizio di pronto soccorso ed emergenza:					
◆ Squadra di 1° soccorso - addetti N.		◆ Attestato del _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Squadra emergenza - addetti N.		◆ Attestato del _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modalità di esercizio della sorveglianza sanitaria		<b>ESISTENTE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
a) La nomina del medico competente è prevista?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Verifica documento nomina M.C.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Verifica contenuto relazione sanitaria:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Eventuali prescrizioni del M.C.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Note:					

Allegato n° \_\_\_\_\_ della scheda n° \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

20	Dispositivi di Protezione Individuali	<b>ESISTENTE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	a) Documento di consegna Dispositivi di Protezione Individuale:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Verifica formazione all'uso dei DPI previsti:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) I lavoratori usano i D.P.I.?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verifica del R.I.s.t	◆ Casco :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◆ Guanti:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◆ Indumenti protettivi - grembiuli - incerate:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◆ Otoprotettori(cuffie – tappi):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◆ Occhiali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◆ Scarpe/Stivali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◆ Giubbotti salvagenti / autogonfiabili:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21	Cruscotto infortuni:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	a) Ricevuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Registrare il numero degli infortuni degli ultimi 3 anni nella tabella nr. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Riassunto del cruscotto infortuni degli ultimi 3 anni

ANNO	NR. INFORTUNI	GG. INFORTUNIO	IN AZIENDA	IN ITINERE	
				ANDATA	RITORNO
			Nr. _____	Nr. _____	Nr. _____
			Nr. _____	Nr. _____	Nr. _____
			Nr. _____	Nr. _____	Nr. _____

◆ OSSERVAZIONI RIGUARDO AGLI INFORTUNI OCCORSI:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALCUNI ELEMENTI STRUTTURALI DI AMBIENTE, IGIENE E SICUREZZA CHE SI EVIDENZIANO NEL CORSO DELLA VISITA IN AZIENDA**

	ESISTENTE	SI	NO	NP
1. Entrata - uscita:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Scale di accesso agli ambienti di lavoro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Delimitazione aree di lavoro(macchinari pericolosi-vie di transito – prot. anticaduta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Illuminazione / illuminazione di sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Scaffali e suppellettili ben fissate – rischio di distacco e obbligo targhetta di portata:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rischio amianto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Macchinari - idonee protezioni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Segnaletica di sicurezza ed attenzionale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fumi, vapori:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estintori:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cassetta pronto soccorso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dispositivi antisdrucchiolo in coperta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pulizia dei locali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Corrimano:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gabinetti e lavabi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Spogliatoi e armadi per vestiario:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Igienicità e pulizia delle cucette:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Procedure codificate per l'imbarco, lo sbarco, le lavorazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. L'RLST ha avuto un colloquio con i lavoratori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23. L'Azienda ha preso atto delle osservazioni fatte dall'RLST?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24. Soluzioni particolari adottate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>◆ OSSERVAZIONI RIGUARDO AGLI ELEMENTI STRUTTURALI VISIONATI:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p align="right">R.L.S.T</p> <p>_____ lì _____</p>				

All'attenzione del S i g. \_\_\_\_\_  
in qualità di RLST

e per conoscenza al S i g. \_\_\_\_\_  
Titolare/Rappresentante dell'impresa

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di titolare/rappresentante della  
impresa di pesca \_\_\_\_\_ con sede  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
esercitante l'attività di \_\_\_\_\_  
applicante il contratto di \_\_\_\_\_

preso atto delle osservazioni fatte, per il miglioramento della gestione della sicurezza dal Rappresentante  
Territoriale alla Sicurezza dei lavoratori, riconosciuta la validità di tali osservazioni, si impegna ad adottare i  
seguenti provvedimenti per la tutela, sicurezza e salute dei lavoratori della ditta che rappresenta:

- 1) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 11) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_
- 12) \_\_\_\_\_ entro e non oltre il \_\_\_\_\_

Mi impegno inoltre ad aggiornare il documento della valutazione del rischio/piano di sicurezza.

Il Datore di lavoro

li \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_