

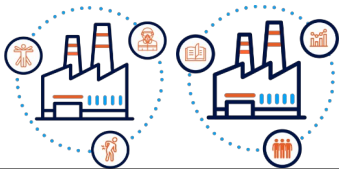


**Piano Mirato di Prevenzione “Rischio cancerogeno professionale”
Rischio per la salute dei lavoratori nelle attività di saldatura**

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AZIENDALE

1. INFORMAZIONI GENERALI

Ragione sociale:		
Codice fiscale/partita IVA:		
Codice ATECO:		
Codice Tariffa INAIL:		
Indirizzo sede legale:		
Tel:	Pec:	@mail:
Indirizzo sede operativa:		
Tel:	Pec:	@mail:
Datore di lavoro:		
Tel:	Pec:	@mail:
R.S.P.P.:		
Tel:	Pec:	@mail:
Medico competente:		
Tel:	Pec:	@mail:
Addetti alla produzione:	n°	
Di cui:	Lavoratori dipendenti:	n°
	Soci lavoratori:	n°
	Lavoratori somministrati:	n°
Tipo di attività:	



2. ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE

2.1 Servizio di Prevenzione e Protezione

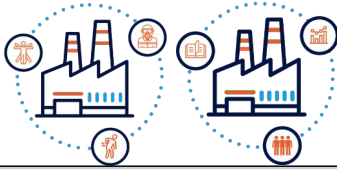
Nomina RSPP:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Datore di Lavoro
Se nominato, RSPP è:	<input type="checkbox"/> Addetto interno	<input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale: ore/mese: _____ Altra funzione: _____	
	<input type="checkbox"/> Addetto esterno	<input type="checkbox"/> Società di consulenza <input type="checkbox"/> Libero professionista Ore/anno: _____ n. accessi/anno: _____	
Sono presenti addetti SPP:	<input type="checkbox"/> Si , se presenti n° _____	<input type="checkbox"/> No	

2.2 Medico Competente

Nomina medico competente;	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Non necessario
Se nominato, è:	<input type="checkbox"/> Addetto interno	
	<input type="checkbox"/> Addetto esterno	<input type="checkbox"/> Società di consulenza <input type="checkbox"/> Libero professionista Ore/anno: _____ n. accessi/anno: _____ <i>(escluse le ore dedicate all'attività sanitaria)</i>

2.3 Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

RLS eletti/designati	<input type="checkbox"/> Si , se presenti n° _____	<input type="checkbox"/> No
Se eletti/designati, sono:	<input type="checkbox"/> Interno	<input type="checkbox"/> Esterno
Corso formazione RLS	<input type="checkbox"/> Si , data ultimo aggiornamento _____	<input type="checkbox"/> No



3. TECNOLOGIA DI SALDATURA

Svolgete attività di saldatura?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No *
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

* In questo caso il questionario termina qui.

3.1 Tecnologia

Tipo di tecnologia utilizzata per le attività di saldatura:	<input type="checkbox"/> Elettrodo non fusibile (TIG/WIG) <input type="checkbox"/> Puntatrici <input type="checkbox"/> Elettrodo rivestito (LBH) <input type="checkbox"/> A filo con gas inerte/attivo (MIG-MAG) <input type="checkbox"/> A filo ad arco sommerso
	<input type="checkbox"/> Altro: _____

3.2 Materiale

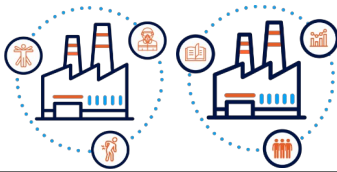
Tipo di materiale saldato:	<input type="checkbox"/> Acciaio al carbonio
	<input type="checkbox"/> Acciaio inox
	<input type="checkbox"/> Acciaio legato diverso dall'inox
	<input type="checkbox"/> Altro: _____

I pezzi sottoposti a saldatura sono anche di grandi dimensioni ?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
--	------------------------------------	------------------------------------

Quante postazioni di saldatura sono presenti?	_____
---	-------

Quanti addetti svolgono attività di saldatura?	_____
--	-------

Le operazioni di saldatura si svolgono anche all'interno di ambienti confinati?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
---	------------------------------------	------------------------------------



4. IMPIANTI DI AERAZIONE ED ASPIRAZIONE

4.1 Ventilazione generale dei locali di lavoro		
È prevista una ventilazione generale forzata dei locali di lavoro negli ambienti ove si effettuano le operazioni di saldatura?	<input type="checkbox"/> Si , n° ricambi d'ora: _____	<input type="checkbox"/> No
4.2 Impianto di aspirazione localizzata		
Postazioni di saldatura:	N° _____	
Tipologia di aspirazione applicata:	<input type="checkbox"/> Unità filtranti mobili (<i>tipo carrello aspirante</i>)	Portata oraria m ³ /h _____
	<input type="checkbox"/> Cappa aspirante fissa (es. Impianto fisso dotato di bracci aspiranti fissi o articolati)	Portata oraria m ³ /h _____
	<input type="checkbox"/> Banchi aspiranti	Portata oraria m ³ /h _____
	<input type="checkbox"/> Torcia di saldatura aspirata	Portata oraria m ³ /h _____
	<input type="checkbox"/> Altro	
Gli interventi di manutenzione ordinaria e di controllo dell'efficienza dell'impianto, previsti dalle indicazioni del costruttore, vengono eseguiti:	<input type="checkbox"/> Internamente	<input type="checkbox"/> Esternamente
Gli interventi vengono registrati su apposito registro:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
L'impianto di aspirazione localizzata convoglia tutta l'aria al depuratore esterno senza ricircolo nell'ambiente di lavoro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/> Non applicabile
La sezione di filtrazione polveri è dotata di un dispositivo per la pulizia automatica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No



5. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (D.P.I.)

Indicare il tipo o i tipi di D.P.I. per le vie respiratorie adottato/i a protezione dai fumi di saldatura e quanti lavoratori viene fornito.

facciale filtrante antipolvere o semi-maschera filtrante (con o senza filtri sostituibili)	Classe di protezione per le polveri	n.
	<input type="checkbox"/> P1	_____
	<input type="checkbox"/> P2	_____
	<input type="checkbox"/> P3	_____
Casco elettro-ventilato	<input type="checkbox"/>	_____
Casco alimentato ad aria compressa	<input type="checkbox"/>	_____
Altro _____	<input type="checkbox"/>	_____

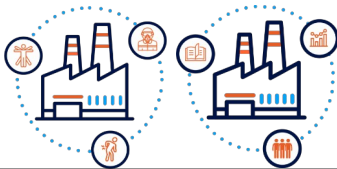
6. FORMAZIONE

È stata integrata l'attività di informazione e formazione dei dipendenti riguardo ai rischi specifici della saldatura, con particolare riferimento a:

Pericolosità e danni derivanti dalla esposizione alle sostanze cancerogene contenute in polveri e fumi di saldatura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Applicazione delle misure di prevenzione e protezione collettive messe in atto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Utilizzo di DPI per la protezione delle vie respiratorie (se in uso)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Utilizzo impianti di aspirazione localizzata (se presenti)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
È stata fatta formazione sull'utilizzo di d.p.i. per la protezione degli occhi e della cute dalle radiazioni ottiche artificiali generate dai sistemi di saldatura?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

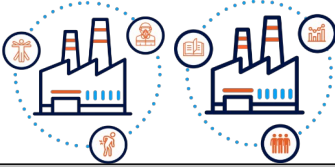
7. VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE

La valutazione dei rischi chimici e/o cancerogeni derivanti dalle lavorazioni di saldatura/puntatura è effettuata anche attraverso l'utilizzo dei risultati di misure dell'esposizione professionale ad agenti chimici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, le misure sono state eseguite negli ultimi 3 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO



Quali inquinanti sono stati monitorati?		
Polveri (inalabili, respirabili)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cromo Totale o Cromo esavalente, Nichel o Cadmio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altri metalli (Ferro, Manganese, Alluminio ecc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Gas (ozono, ossidi di azoto, monossido di carbonio, ecc)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altro _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

8. SORVEGLIANZA SANITARIA		
Quali sono gli accertamenti sanitari in occasione della visita periodica?		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
I lavoratori che effettuano saldatura sono sottoposti a sorveglianza sanitaria preventiva e periodica specifica per il rischio di esposizione a fumi di saldatura?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I lavoratori sono sottoposti a monitoraggio biologico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, quale agente viene ricercato? _____		
È stato istituito un registro degli esposti a sostanze cancerogene?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO



9. CONSIDERAZIONI AGGIUNTIVE

L'utilizzo della presente autovalutazione ha comportato cambiamenti nella gestione dei rischi da polveri fumi e gas di saldatura?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, quali? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		