

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

**ALLEGATO DA COMPILARE E RESTITUIRE ALLO SPRESAL ASL \_\_\_\_\_**

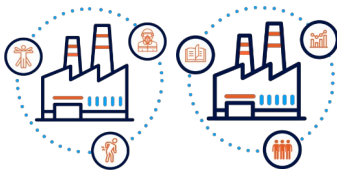
**A – Informazioni generali**

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:	..... ..... .....	

**D – Valutazione dei rischi**

L'esposizione degli addetti alla saldatura è stata valutata tramite l'esecuzione di campionamenti personali?	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b> , data ultimo campionamento _____	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
--	--	------------------------------------



**E – Sistemi di prevenzione e protezione: impianti di aerazione, aspirazione e dispositivi di protezione individuale (d.p.i.)**

È presente una ventilazione artificiale dei locali di lavoro (in particolare negli ambienti ove si effettuano le operazioni di saldatura)?	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non necessario</b>
È presente un impianto di aspirazione localizzata?	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
Sono presenti postazioni di saldatura con aspirazioni carrellate?	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
Si utilizzano d.p.i per le vie respiratorie?	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>

**F - Ritene che siano state utili le informazioni contenute nel documento di buone prassi?**

<input type="checkbox"/> <b>SI, molto</b>	<input type="checkbox"/> <b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/> <b>Poco</b>	<input type="checkbox"/> <b>Per niente</b>
---	--	--------------------------------------	--

**G - Le informazioni contenute nel documento di buone prassi le sono servite a migliorare:**

L'informazione dei lavoratori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI in parte	<input type="checkbox"/> NO, non necessario
La formazione dei lavoratori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI in parte	<input type="checkbox"/> NO, non necessario
I sistemi di ventilazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI in parte	<input type="checkbox"/> NO, non necessario
I sistemi di aspirazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI in parte	<input type="checkbox"/> NO, non necessario
Scelta di d.p.i. adeguati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI in parte	<input type="checkbox"/> NO, non necessario

**Nel caso l'Azienda non rientri nei casi previsti si chiede in ogni caso di trasmettere il questionario compilato, oppure darne informazione alla segreteria dello Spresal ASL\_\_\_\_\_**

Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dati Compilatore:** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_



Qualifica ricoperta \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_