

1. Quale attività?

Attività:  
Data:  
Fri Feb 16 2024 00:00:00 GMT+0100 (Orario standard dell'Europa centrale)  
Partecipanti: cheneso

- Prodotto pirotecnico presente? ->Alertare, informare
- Qualcosa di nuovo o di diverso per me o per uno di noi?
- Precauzioni da prendere riconosciute in istruzioni precedenti?
- Formato(i) abilitato(i) per tale attività? (mezzi, strumenti e materiali)
- Utensili autorizzati, DPI richiesti, adattati e in buono stato?)
- Accessori per la manutenzione? (adattati, disponibili e in buono stato)
- Ambiente di lavoro sicuro? (pulito, ordinato, adattato e preparato)
- Vincolo temporale?
- Lavoro da coordinare a più livelli?
- Presenza di elementi sconosciuti?

Sì	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Quali pericoli/rischi? (Che succede se...)

Quali sono i pericoli/rischi per questa attività:

Vibrazione	<input checked="" type="checkbox"/>
Calore	<input checked="" type="checkbox"/>
Freddo	<input checked="" type="checkbox"/>
Peso	<input checked="" type="checkbox"/>
Taglio	<input checked="" type="checkbox"/>
Pressione	<input checked="" type="checkbox"/>
Energia	<input checked="" type="checkbox"/>
Energia Residua	<input checked="" type="checkbox"/>

Esplosione/fuoco	<input checked="" type="checkbox"/>
Cambiamento meteorologico	<input checked="" type="checkbox"/>
Frattura	<input checked="" type="checkbox"/>
Sversamento	<input checked="" type="checkbox"/>
Instabilità	<input checked="" type="checkbox"/>
Sostanza chimica	<input checked="" type="checkbox"/>
Atmosfera modificata (gas/ossigeno/fumo...)	<input checked="" type="checkbox"/>

Caduta, scivolata	<input checked="" type="checkbox"/>
Coinvolgimento	<input checked="" type="checkbox"/>
Urto	<input checked="" type="checkbox"/>
Movimento incontrollato	<input checked="" type="checkbox"/>
Caduta di oggetti	<input checked="" type="checkbox"/>
Velocità, spostamento	<input checked="" type="checkbox"/>
Altezza	<input checked="" type="checkbox"/>
Rumore	<input checked="" type="checkbox"/>

Potrebbe esserci un rischio legato al fatto che:

Ho paura, esito	<input checked="" type="checkbox"/>
Sto facendo un errore	<input checked="" type="checkbox"/>
Non vedo	<input checked="" type="checkbox"/>
Il componente lo strumento è inadeguato	<input checked="" type="checkbox"/>

Non capisco	<input checked="" type="checkbox"/>
Ho bisogno di aiuto	<input checked="" type="checkbox"/>
Non so come fare	<input checked="" type="checkbox"/>
Mi manca lo spazio	<input checked="" type="checkbox"/>

Non sono capace	<input checked="" type="checkbox"/>
Sono distratto	<input checked="" type="checkbox"/>
Non sono abbastanza forte	<input checked="" type="checkbox"/>
Devo mettere una o tutte le parti del corpo in zona pericolosa	<input checked="" type="checkbox"/>

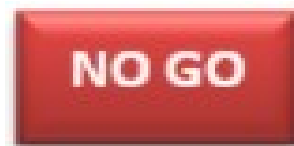
3. Sto valutando i rischi (che cosa potrebbe ferire una persona o causare danni ad una persona o all'ambiente?  
Cos'altro potrebbe succedere se la situazione fosse fuori controllo?)

Sto valutando i rischi

4. Cosa devo fare per prevenire un incidente o un imprevisto? (i gesti sicuri, i mezzi complementari: strumenti adeguati in buono stato, protezioni, DPI, comunicazione, illuminazione, mezzi di soccorso complementari, coordinamento...)

Cosa devo fare per prevenire un incidente o un imprevisto?

5. Qual è la mia conclusione?



->Allerto, informo



*Se non tutti i mezzi di prevenzione/protezione sono definiti, descritti o applicati, non avvio l'attività.*