

**2° Istituto Comprensivo  
"G. Bianca"  
via Daniele Manin, 47  
96012 Avola (SR)  
C.F. 92011940894**

**E.Rev. 1.3**

2° ISTITUTO COMPRENSIVO "G. BIANCA" - AVOLA  
Prot. 0009149 del 18/11/2022  
VI-9 (Uscita)

# REGISTRO CONTROLLI ANTINCENDIO

punto 12 del DM 26/08/92; art. 3 del DM 01/09/21;  
art. 46 del D. Lgs. 81/08 smi; art. 6 del DPR 151/11; S.5.4.1, S.5.6.2 del DM 03/08/15  
Il presente documento si compone di totale n. 62 pagine compresa la copertina, ed integra il DVR.

**Plesso: "Collodi"**

**Lavoratori Addetti Designati alla Sorveglianza e Registrazione #**  
per conoscenza ed accettazione  
**Bianca Salvatore, Stella Carmela**

**Il Preposto Designato #**  
**Stella Carmela**

**Il Responsabile del Servizio  
di Prevenzione e Protezione**  
**f.to Barone Tommaso\***

**Il Datore  
di Lavoro - DS**  
**Dott.ssa Lucia Barbiera**

# Aggiornare nei casi in cui ne ricorra la necessità

\* Firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 com. 2 del D Lgs. 39/93



## 0. DEFINIZIONI – ART.1 DEL DM 01/09/21

1. Ai fini del presente decreto si definiscono:

a) **manutenzione**: operazione o intervento finalizzato a mantenere in efficienza ed in buono stato, impianti, attrezzature e altri sistemi di sicurezza antincendio;

b) **tecnico manutentore qualificato**: persona fisica in possesso dei requisiti tecnico-professionali di cui all'allegato II, che costituisce parte integrante del presente decreto;

c) **qualifica**: risultato formale di un processo di valutazione e convalida, ottenuto quando l'amministrazione competente determina che i risultati dell'apprendimento conseguiti da una persona corrispondono a standard definiti;

d) **controllo periodico**: insieme di operazioni da effettuarsi con frequenza non superiore a quella indicata da disposizioni, norme, specifiche tecniche o manuali d'uso e manutenzione per verificare la completa e corretta funzionalità di impianti, attrezzature e altri sistemi di sicurezza antincendio;

e) **sorveglianza**: *insieme di controlli visivi atti a verificare, nel tempo che intercorre tra due controlli periodici, che gli impianti, le attrezzature e gli altri sistemi di sicurezza antincendio siano nelle normali condizioni operative, siano correttamente fruibili e non presentino danni materiali evidenti. La sorveglianza può essere effettuata dai lavoratori normalmente presenti dopo aver ricevuto adeguate istruzioni.*

## 1. INTRODUZIONE

I sistemi, i dispositivi, le attrezzature e gli impianti antincendio necessitano di una corretta manutenzione e controllo, oltre che di una attività di sorveglianza.

Il Datore di Lavoro/DS ha predisposto il presente registro dei controlli, di cui sono parte integrante gli atti a questo collegabili, in cui si annoteranno, o secondo i casi si allegheranno i documenti/certificati concernenti i controlli periodici e gli interventi di manutenzione su impianti, attrezzature ed altri sistemi di sicurezza antincendio, secondo le scadenze temporali indicate da disposizioni, norme e specifiche tecniche pertinenti, nazionali o internazionali, nonché dal manuale d'uso e manutenzione.

Il registro va mantenuto costantemente aggiornato e disponibile per gli organi di controllo.

La manutenzione e il controllo periodico di impianti, attrezzature e altri sistemi di sicurezza antincendio sono effettuati da tecnici manutentori qualificati, nel rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari vigenti, secondo la regola dell'arte, in accordo a norme e specifiche tecniche pertinenti, ed al manuale di uso e manutenzione dell'impianto, dell'attrezzatura o del sistema di sicurezza antincendio.

Le attività di sorveglianza (*insieme di controlli visivi*) sono finalizzate alla verifica, nel tempo che intercorre tra due controlli periodici, che gli impianti, le attrezzature e gli altri sistemi di sicurezza antincendio siano nelle normali condizioni operative, siano correttamente fruibili e non presentino danni materiali evidenti. La sorveglianza sarà effettuata dai lavoratori normalmente presenti dopo aver ricevuto adeguate istruzioni.

## 2. CONTENUTI DEL REGISTRO

Il presente registro dei controlli periodici, degli interventi di manutenzione e sorveglianza, viene redatto e mantenuto aggiornato in ottemperanza alle indicazioni previste dal: DPR 462/01; Guida CEI 64-14; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; DPR 151/11; D M 03/08/15; D.M. 03/09/21.

Su questo registro vanno annotati i controlli periodici, gli interventi di manutenzione e sorveglianza inerenti i sistemi, attrezzature ed impianti antincendio, nonché l'attività di informazione e formazione antincendio dei lavoratori.

L'attività di controllo, sorveglianza e manutenzione, riguarda l'elenco sotto riportato dei sistemi di protezione, che possono essere presenti in relazione all'applicazione delle norme citate in precedenza:

- ↪ Estintori;
- ↪ Idranti;
- ↪ Porte REI;
- ↪ Uscite di sicurezza;
- ↪ Maniglioni antipánico;
- ↪ Illuminazione di emergenza;
- ↪ Pulsanti di sgancio corrente elettrica;
- ↪ Controllo, verifiche e manutenzione dell'impianto elettrico e di terra
- ↪ Pulsanti di allarme;
- ↪ Valvole di intercettazione gas infiammabili e/o esplosivi;
- ↪ Rilevatori di incendio e/o gas e dispositivi di spegnimento automatico dell'incendio;
- ↪ Aerazione dei vani degli impianti di sollevamento;
- ↪ Dispositivi di primo soccorso.

## 2.1 Lista di controllo per la regolare sorveglianza svolta direttamente dai lavoratori regolarmente presenti, adeguatamente istruiti e designati

### ATTENZIONE

Quanto di seguito indicato, va controllato solo se presente nel plesso "Collodi" sito in Avola (SR).



#### **Estintori – UNI 9994-1**

- ↗ l'estintore ed il supporto siano integri;
- ↗ l'estintore sia presente e segnalato con apposito cartello (pittogramma bianco su fondo rosso);
- ↗ il cartello\* sia chiaramente visibile, l'estintore sia immediatamente utilizzabile e l'accesso allo stesso sia libero da ostacoli;
- ↗ l'estintore non sia stato manomesso, in particolare risulti sigillato il dispositivo di sicurezza per evitare azionamenti accidentali;
- ↗ le iscrizioni (etichette) siano ben leggibili;
- ↗ l'indicatore di pressione, se presente, indichi un valore di pressione compreso all'interno del campo verde;
- ↗ il cartellino di manutenzione sia presente sull'apparecchio e che non sia stata superata la data per le attività previste;
- ↗ l'estintore portatile non sia collocato a pavimento.

*(\*) sul cartellino di ogni estintore, deve essere obbligatoriamente riportato: numero di matricola o altri estremi di identificazione dell'estintore; ragione sociale e indirizzo completo ed altri estremi di identificazione dell'azienda incaricata della manutenzione; tipo dell'estintore; massa lorda dell'estintore; carica effettiva; tipo di fase effettuata; data dell'intervento (mese/anno nel formato mm/aa); scadenza del prossimo controllo ove previsto da specifiche normative (mese/anno nel formato mm/aa) (ADR); sigla o codice di riferimento o punzone identificativo del manutentore.*

#### **Idranti - UNI 10779 e UNI EN 671-3**

- Attacco di mandata per autopompa:** Verifica delle condizioni di stato dell'attacco (assenza di segni di deterioramento, corrosione o perdite) e della cassetta e/o armadio di contenimento
- Idranti Soprasuolo e Sottosuolo:** Verifica delle condizioni di stato delle colonne idranti (assenza di segni di deterioramento, corrosione o perdite) controllando che siano regolarmente chiuse e con i tappi delle bocche idranti serrati; Verifica dell'integrità della dotazione.
- IDRANTI a muro/NASPI:**
  - ↗ Verifica dell'integrità della dotazione - deve essere presente in ogni suo componente (cassetta, manichetta, lancia, attacco idraulico) e segnalato tramite apposito cartello (pittogramma bianco su fondo rosso);
  - ↗ Verifica della non presenza di segni di deterioramento, corrosione o perdite;
  - ↗ Verifica della corretta collocazione;
  - ↗ Verifica della accessibilità senza ostacoli, visibilità, presenza e leggibilità delle istruzioni d'uso;
  - ↗ Verifica del corretto avvolgimento della manichetta;
  - ↗ La lancia deve avere la maniglia di regolazione dell'acqua in posizione chiusa ed essere in buono stato di conservazione;
  - ↗ Verifica dello stato d'integrità degli sportelli e lastre di protezione;

- ↪ Verifica della corretta chiusura e presenza del sigillo nel complesso
- ↪ Verifica della presenza del cartellino di manutenzione (*riporti almeno: il tipo di operazione/intervento effettuato con data, data di scadenza del successivo controllo, sigla/codice o punzone specifico del manutentore*)

### **☐ Porte REI**

- ↪ Verificare che la chiusura automatica della porta sia ermetica;
- ↪ Le porte REI non possono essere lasciate aperte e bloccate con zeppe, arredi ecc.; verificare, quindi, che siano mantenute costantemente chiuse;
- ↪ Controllare che la chiusura e l'apertura avvengano in modo semplice e con facilità;
- ↪ Controllare la funzionalità dei dispositivi automatici di chiusura (cerniere con molla di richiamo funzionante).

### **☒ Uscite di emergenza**

- ↪ L'uscita di emergenza deve essere segnalata da idoneo cartello (pittogramma bianco su fondo verde);
- ↪ L'accesso all'uscita, compreso il percorso necessario per raggiungerla, deve essere libero da ostacoli o qualsiasi altro impedimento;
- ↪ Verificare che le ante della porta siano facilmente e completamente apribili.

### **☐ Vani degli impianti di sollevamento, se presenti, ubicati nelle attività soggette ai controlli di prevenzione incendi**

- ↪ Controlla che l'aerazione del vano corsa, del locale del macchinario, se esistente, del locale pulegge di rinvio, se esistente, e/o degli spazi del macchinario devono essere fra loro separati e aperte direttamente, o con canalizzazioni non combustibili, verso spazi scoperti a condizione che sia garantito il tiraggio;
- ↪ Accertarsi che l'aerazione sia permanente e realizzata mediante aperture;
- ↪ Accertarsi che l'apertura verso lo spazio scoperto sia protetta contro gli agenti atmosferici e contro l'introduzione di corpi estranei (animali vari, volatili ecc.); tale protezione non deve consentire il passaggio di una sfera di diametro maggiore di 15 mm.

### **☒ Maniglioni antipanico**

- ↪ Controllare l'integrità del dispositivo in tutte le sue parti;
- ↪ Verificare la facilità di funzionamento e l'eventuale necessità di lubrificazione;
- ↪ Sostituire in caso di rottura del dispositivo, sostituzione della porta, modifiche dell'attività che comportino un'alterazione peggiorativa delle vie di esodo, o entro il 16/02/2011, se il dispositivo è privo della certificazione di conformità.

### **☒ Illuminazione di emergenza**

- ↪ Verificare che tutte le lampade siano funzionanti; questo può essere fatto, ad esempio, interrompendo per alcuni minuti l'alimentazione elettrica generale e controllando l'entrata in funzione di tutte le lampade, oppure controllando a vista lo stato dei led luminosi (verde e/o rosso) di ogni lampada;
- ↪ Verificare l'integrità delle lampade e la loro stabilità alle strutture murarie.

### **☒ Pulsanti di sgancio corrente elettrica**

- ↪ Verificare se sia necessario il martelletto per la rottura del vetro del pulsante;
- ↪ Il pulsante deve essere chiaramente visibile ed immediatamente utilizzabile;
- ↪ Il pulsante deve essere provvisto di cartello indicante la funzione svolta (es. sgancio elettrico ascensori);
- ↪ Verificarne l'effettivo funzionamento; questo può essere fatto premendo il pulsante dopo aver rimosso il coperchio di protezione con un cacciavite e controllando l'interruzione dell'alimentazione elettrica;
- ↪ Controllo, verifica e manutenzione delle protezioni contro i contatti diretti ed indiretti inerenti all'impianto elettrico.

### **☐ Pulsanti di allarme**

- ↪ Verificare se sia necessario il martelletto per la rottura del vetro del pulsante;
- ↪ Il pulsante deve essere chiaramente visibile e immediatamente utilizzabile;
- ↪ Il pulsante deve essere provvisto di cartello indicante la funzione svolta (es. allarme incendio);
- ↪ Verificarne l'effettivo funzionamento; questo può essere fatto premendo il pulsante dopo aver rimosso il coperchio di protezione con un cacciavite e controllando che il suono prodotto dalla/e sirena/e sia udibile in tutto l'edificio.

### **☐ Valvole di intercettazione gas infiammabili e/o esplosivi**

- ↪ Verificare che la valvola sia segnalata tramite apposito cartello;
- ↪ La valvola deve essere chiaramente visibile e facilmente accessibile;
- ↪ Chiudere e riaprire la valvola verificandone l'effettivo funzionamento.

### **☐ Rilevatori di incendio e/o gas e dispositivi di spegnimento automatico dell'incendio**

- ↪ Controllare sul display della centralina dell'impianto eventuali segnalazioni di guasti, errori, anomalie;
- ↪ Contattare la ditta che effettua la manutenzione dell'impianto.

### **☒ Dispositivi di primo soccorso**

- ↪ Verificare che la cassetta sia segnalata da apposito cartello (pittogramma bianco su fondo verde per la cassetta di primo soccorso, pittogramma bianco su fondo rosso per quella antincendio) e provvista dell'elenco dei materiali contenuti;
- ↪ La cassetta deve essere ben visibile e facilmente raggiungibile;
- ↪ I materiali presenti nella cassetta devono corrispondere a quelli contenuti nell'elenco affisso sulla stessa e risultare in buono stato di conservazione;
- ↪ Verificare i materiali con scadenza.

**NB: Chiaramente tutte le succitate operazioni che richiedono l'interruzione dell'alimentazione elettrica, l'attivazione di allarmi sonori ecc. saranno effettuate in momenti di pausa lavorativa o al termine della giornata di lavoro per ridurre al minimo il disagio ai lavoratori prodotto da codeste operazioni.**

## **2.2 Sorveglianza effettuata da lavoratore addetto a latere rispetto a ditte esterne specializzate**

Fermo restando che l'esecuzione delle attività di controllo periodico, manutenzione e revisione, che richiedono competenze e attrezzature specifiche, sono affidate a ditte terze in possesso dei requisiti tecnico-professionali richiesti dal DM 01/09/21 e dal DM 37/08 per gli impianti tecnologici di cui è dotata l'unità produttiva, a latere dello svolgimento delle predette attività, è compito dell'incaricato interno alla struttura (ad es.: il coordinatore delle emergenze antincendio, E.R.T., addetto alla lotta antincendio, preposto) sorvegliare, verificare che gli interventi siano effettuati con regolarità.

Si avrà cura di sorvegliare, verificare che sulla scheda inerente gli impianti, le attrezzature e gli altri sistemi di sicurezza antincendio, siano nelle normali condizioni operative, in relazione all'avvenuto controllo periodico da parte tecnico manutentore qualificato di ditta specializzata.

## **2.3 Sorveglianza effettuata da lavoratore addetto a latere rispetto a tecnico manutentore qualificato**

In questo caso è compito dell'incaricato interno alla struttura (ad es.: il coordinatore delle emergenze antincendio, E.R.T., addetto alla lotta antincendio, preposto) sorvegliare, verificare che gli interventi siano effettuati con regolarità nel tempo che intercorre tra due controlli periodici.

*Ad esempio, si avrà cura di verificare, sulla scheda inerenti gli estintori/idranti, che sia avvenuto il controllo semestrale/annuale di tali presidi da parte del tecnico manutentore qualificato.*

## **DOCUMENTAZIONE**

Gli interventi di manutenzione e i controlli sugli impianti, le attrezzature e gli altri sistemi di sicurezza antincendio devono essere eseguiti e registrati nel rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari vigenti, secondo la regola dell'arte, in accordo alle norme tecniche applicabili emanate dagli organismi di normazione nazionali o internazionali e delle istruzioni fornite dal fabbricante e dall'installatore, secondo i criteri indicati nell'Allegato I del DM 01/09/21.

Occorre osservare che l'applicazione della normazione tecnica volontaria, come le norme ISO, IEC, EN, CEI, UNI, conferisce presunzione di conformità, ma rimane volontaria e non obbligatoria, a meno che non sia resa cogente da altre disposizioni.

È opportuno, per quanti ne abbiano necessità, che la documentazione di supporto per gli interventi di manutenzione ordinaria o straordinaria da parte della ditta affidataria (ad esempio schema di distribuzione della rete degli idranti), sia facilmente disponibile.

### 3. ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO ANTINCENDIO

L'attività di informazione, formazione ed addestramento, ai sensi della normativa vigente per le attività lavorative si è basata anche sulla:

- ↪ organizzazione di corsi di formazione previsti dalla normativa vigente in materia;
- ↪ organizzazione di riunioni e seminari di informazione;
- ↪ designazione dei lavoratori addetti dell'attuazione delle misure antincendio;
- ↪ individuazione delle ditte qualificate che effettuano la manutenzione/controllo delle attrezzature, sistemi ed impianti antincendio;
- ↪ gestione e manutenzione delle attrezzature, sistemi ed impianti antincendio in riferimento alle capacità professionali degli addetti designati.

#### PROCEDURE OPERATIVE

Il presente “**REGISTRO CONTROLLI ANTINCENDIO**” deve essere tenuto costantemente aggiornato e reso disponibile in occasione dei controlli degli Organi di Vigilanza.

Quanto in essere in virtù del D. Lgs. 81/08 s.m.i. secondo gli artt.:

- ↪ 18 com.3;
- ↪ 43 com. 1 e-bis;
- ↪ 63;
- ↪ 64;
- ↪ 86;
- ↪ Allegato IV, 4.1.3.

Inoltre vanno ricompresi il DM 01/09/21, DM 02/09/21, DM 03/09/21, DPR 151/11 e le altre norme che regolamentano la materia, DPR 462/01, Guida CEI 64-14.

La compilazione del presente registro viene concordata tra “Datore di Lavoro – DS” e l'Ente proprietario dell'immobile per la parte a questi spettante.

#### *In particolare:*

**IL DATORE DI LAVORO - DS: sarà responsabile** della compilazione, mediante i propri lavoratori addetti, **delle schede contrassegnate con “A”**. Si tratta di controlli visivi semplici, di tipo ordinario, atti a verificare, nel tempo che intercorre tra due controlli periodici, che gli impianti, le attrezzature e gli altri sistemi di sicurezza antincendio siano nelle normali condizioni operative, siano correttamente fruibili e non presentino danni materiali evidenti.

**L'ENTE PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE: Sarà responsabile della compilazione**, mediante tecnico manutentore qualificato, ditta specializzata incaricata, **delle schede contrassegnate con “B”**. Si tratta di interventi tecnici approfonditi finalizzati a mantenere in efficienza ed in buono stato, impianti, attrezzature e altri sistemi di sicurezza antincendio.

# TABELLA RIEPILOGATIVA COMPLETA DEI CONTROLLI

## ATTENZIONE

*Quanto di seguito indicato, va controllato solo se presente presso l'unità produttiva.*

| Scheda     | Controllo/Manutenzione/Sorveglianza                                  | INCARICATO   |
|------------|--|--|
| <b>1A</b>  | Impianto di allarme  | Lavoratore Addetto                                   |
| <b>1B</b>  |  | Ditta specializzata (controllo, manutenzione)        |
| <b>2A</b>  | Estintori  | Lavoratore Addetto                                   |
| <b>2B</b>  |  | Ditta specializzata (controllo, revisione, collaudo) |
| <b>3A</b>  | Rete Idrica antincendio  | Lavoratore Addetto                                   |
| <b>3B</b>  |  | Ditta specializzata (controllo, manutenzione)        |
| <b>4B</b>  | Impianto di spegnimento automatico                                   | Ditta specializzata (controllo, manutenzione)        |
| <b>5A</b>  | Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI, uscite di emergenza | Lavoratore Addetto                                   |
| <b>5B</b>  |  | Ditta specializzata (controllo, manutenzione)        |
| <b>6A</b>  | Impianto di Illuminazione di emergenza                               | Lavoratore Addetto                                   |
| <b>6B</b>  |  | Ditta specializzata (controllo, manutenzione)        |
| <b>7A</b>  | Valvole di intercettazione gas                                       | Lavoratore Addetto                                   |
| <b>7B</b>  |  | Ditta specializzata (controllo, manutenzione)        |
| <b>8A</b>  | Interruttori differenziali, generale di sgancio, di emergenza        | Lavoratore Addetto                                   |
| <b>8B</b>  |  | Organismo abilitato di tipo A (verifica periodica)   |
| <b>9B</b>  | Impianto elettrico e di terra  | Ditta specializzata (controllo, manutenzione)        |
| <b>10A</b> | Aerazione dei vani degli impianti di sollevamento                    | Lavoratore Addetto                                   |
| <b>10B</b> |  | Ditta specializzata (controllo, manutenzione)        |
| <b>11A</b> | Contenuto cassetta pronto soccorso/pacchetto di medicazione          | Lavoratore Addetto                                   |

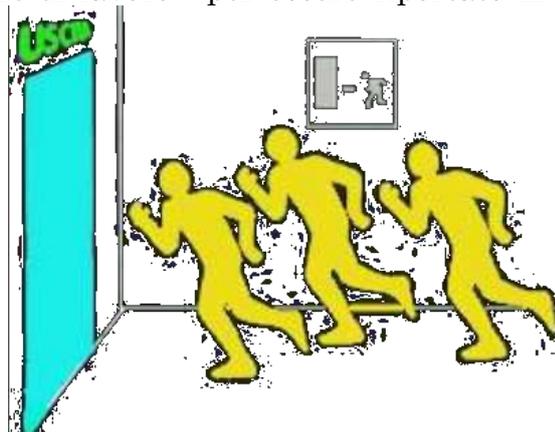
## CONTROLLO QUOTIDIANO

### Sorveglianza e verifica di apertura di tutte le porte e delle vie di esodo

All'inizio della giornata lavorativa il personale della scuola è tenuto ad assicurarsi che le porte in corrispondenza delle uscite di emergenza/sicurezza e di quelle utilizzate lungo le vie di esodo non siano chiuse a chiave o, nel caso siano previsti sistemi antintrusione, possano essere facilmente ed immediatamente aperte dall'interno senza l'uso di chiavi o mezzi specifici.

Tutti i passaggi, i corridoi e le scale devono essere liberi da ostacoli e da pericoli che possono compromettere il sicuro utilizzo in caso di esodo.

Ogni ostruzione deve essere subito rimossa e ogni difetto segnalato subito al responsabile della struttura - Preposto/Datore di lavoro - per essere riportato in condizioni di sicurezza il più presto possibile.



## Scheda n° 1A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato IMPIANTO DI DIFFUSIONE SONORA E/O ALLARME

Tipologia di impianto:     Acustico                       Luminoso

| Sorveglianza       | Periodicità   |
|--------------------|---|
| Lavoratore Addetto | <p><b>Quotidiano</b>, ai sensi del DM 26/08/92 punto 8.1 “Il sistema di allarme può essere costituito, per le scuole di tipo 0-1-2, dallo stesso impianto a campanelli usato normalmente per la scuola, purché venga convenuto un particolare suono, mentre per gli altri casi deve essere previsto anche un impianto di altoparlanti”.</p> <p><u>Registrare immediatamente i risultati se negativi</u>, negli altri casi <b>ogni 6 mesi effettuare la registrazione.</b></p> |

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito   | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|---|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo  |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |

**PROCEDURA DI SORVEGLIANZA:** verificare l'integrità dei pulsanti e dei dispositivi acustici, attivare l'allarme, riscontrare la sua percettibilità nei diversi ambienti.

### NOTE

---



---



---



---

\* usare tromba ad aria/gas. Attenzione, verificare la scorta.



**Scheda n° 1B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**SISTEMA DI ALLARME IN CASO DI PERICOLO**

DM 26/08/92; DM 18/03/96; DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 smi; UNI EN 11224:11; UNI 9795:13; EN 54-3

Tipologia di impianto:     Acustico                       LuminosoVerifica effettuata da: *tecnico manutentore o Ditta specializzata.*Periodicità della Verifica: *6 mesi*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI CONTROLLO E MANUTENZIONE:** verificare il corretto funzionamento di tutti gli elementi dell'impianto compresa la batteria tampone. Effettuare gli interventi di manutenzione necessari. Accertarsi che alimentazione secondaria abbia un'autonomia di almeno 30 minuti. Ispezione/prova e manutenzione Centralina allarme.

**NOTE**


---



---



---



---



---

## Scheda n° 2A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato

### ESTINTORI PORTATILI

Tipologia di estintori:             a polvere             CO<sub>2</sub>

| Sorveglianza       |      | Periodicità  |                      |  |       |      |
|--------------------|------|--|----------------------|--|-------|------|
| Lavoratore Addetto |      | <b>Mensile, registrare immediatamente i risultati se negativi, negli altri casi ogni 6 mesi effettuare la registrazione.</b> |                      |  |       |      |
|                    | Data | Ora  | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
| 1                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9                  |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10                 |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11                 |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12                 |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13                 |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14                 |      |  |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI SORVEGLIANZA** (*Allegato I DM 01/09/21; art. 5.1 norma UNI 9994:1*) - accertarsi che tutti gli estintori siano: presenti, in relazione alle staffe di appoggio ubicate presso l'immobile, e segnalati con apposito cartello; chiaramente visibili, immediatamente utilizzabili e l'accesso agli stessi sia libero da ostacoli; non manomessi o mancanti del dispositivo di sicurezza per evitare azionamenti accidentali; dotati del contrassegno distintivo esposto a vista e ben leggibile; dotati di indicatore di pressione (se presente) che indichi un valore di pressione compreso all'interno del campo verde; in efficiente stato di conservazione (non presenti anomalie quali ugelli ostruiti, perdite, tracce di corrosione, sconnessioni o incrinature dei tubi flessibili, ecc.); esenti da danni alle strutture di supporto e alla maniglia di trasporto; dotati del cartellino indicante la data di revisione, collaudo e controllo periodico, quest'ultimo con periodicità massima di sei mesi entro la fine del mese di competenza.

**NOTE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)

**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

\_\_\_\_\_  
Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)

**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

\_\_\_\_\_  
Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

**Scheda n° 2B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**CONTROLLO PERIODICO ESTINTORI**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 s.m.i.; UNI EN 3-7:08; UNI 9994:1

Ditta specializzata: .....

| <b>Intervento</b>                 | <b>Esito</b>  | <b>Note esplicative</b> |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| Controllo<br><i>data</i><br>..... | Stato di Efficienza <i>semestrale</i> :<br><input type="checkbox"/> Positivo n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> Negativo n. estintori .....                             |                         |
| Revisione<br><i>data</i><br>..... | Sostituzione:<br><input type="checkbox"/> Polvere (36 mesi/3 anni) n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (60 mesi/5 anni) n. estintori .....               |                         |
| Collaudo<br><i>data</i><br>.....  | Serbatoio:<br><input type="checkbox"/> Polvere (12 anni se CE/PED; 6 anni se non CE)<br>n. estintori .....<br><input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> (10 anni) n. estintori ..... |                         |

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma del Tecnico Manutentore Qualificato

## Scheda n° 3A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato RETE IDRICA ANTINCENDIO

Tipologia di impianto:     idranti                       naspi

| Sorveglianza       |      |     | Periodicità  |  |       |      |
|--------------------|------|-----|--|--|-------|------|
| Lavoratore Addetto |      |     | <b>Mensile, registrare immediatamente i risultati se negativi, negli altri casi ogni 6 mesi effettuare la registrazione.</b> |  |       |      |
|                    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza   | Esito  | Firma | Note |
| 1                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI SORVEGLIANZA** - accertarsi che ogni naspo o idrante sia: composto di manichetta regolarmente arrotolata, lancia con maniglia in posizione chiusa e cartello; accessibile senza ostacoli e visibile chiaramente ed abbia istruzioni d'uso leggibili; in buono stato di conservazione e non presenti segni di deterioramento, corrosione o perdite.



NOTE \_\_\_\_\_

## Scheda n° 3B – Compilazione a cura di ditta specializzata (tecnico manutentore)

### RETE IDRICA ANTINCENDIO

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 smi; UNI 10779:14; UNI EN 671-3:09; UNI 9994:1; UNI EN 12845:15

Tipologia di impianto:     idranti                       naspi

Controllo e Manutenzione effettuata da: *Tecnico Manutentore qualificato o Ditta Specializzata*

Periodicità: *12 mesi*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI CONTROLLO E MANUTENZIONE:** (1) Controllo periodico annuale; (2) Collaudo annuale di funzionamento con misura di pressione e portata (allegare verbale di collaudo rete); (3) Collaudo periodico quinquennale; (4) Manutenzione ordinaria/straordinaria; (5) Apporre etichetta con la dicitura "REVISIONATO".

#### NOTE

---

---

---

---

---

**Scheda n° 4B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**IMPIANTO DI RILEVAZIONE (O SPEGNIMENTO) AUTOMATICO**

DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 smi

UNI 11224:11; (UNI 11280:08; UNI EN 12416-2:07; UNI EN 12845:09; UNI EN 13565-2:09)

Tipologia di impianto: \_\_\_\_\_

Ispezione/prova e manutenzione effettuata da: *Tecnico Manutentore qualificato o Ditta specializzata*Periodicità del Controllo: *6 mesi*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI ISPEZIONE/PROVA E MANUTENZIONE:** (1) Controllo periodico semestrale; (1bis) Controllo periodico trimestrale (<13 settimane); (2) Manutenzione ordinaria/straordinaria; (3) Verifica/Revisione generale del sistema decennale.

**NOTE**


---



---



---



---

**Scheda n° 5A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato**  
**PORTE ED ELEMENTI DI CHIUSURA CON CARATTERISTICHE REI**  
**VIE E USCITE DI EMERGENZA**

Tipologia: *Uscite di sicurezza dotate di maniglione antipanico, porte REI (tagliafuoco)*

| Sorveglianza       |      |     | Periodicità   |  |       |      |
|--------------------|------|-----|---|--|-------|------|
| Lavoratore Addetto |      |     | Quotidiana, <u>registrare immediatamente i risultati se negativi</u> , negli altri casi <b>ogni 6 mesi effettuare la registrazione.</b> |  |       |      |
|                    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza  | Esito  | Firma | Note |
| 1                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9                  |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10                 |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11                 |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12                 |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13                 |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14                 |      |     |   | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI SORVEGLIANZA:** controllare che le porte REI si chiudano correttamente (*che non vi siano ritegni impropri*). Verificare funzionalità dei maniglioni antipanico. Verificare che le vie di esodo siano sempre agevolmente fruibili. È vietato chiudere le uscite di emergenza con catenacci e/o ostruire le uscite e i percorsi di fuga. Accertarsi della presenza di cartelli di salvataggio “Allegato XXV del D. Lgs. 81/08 smi”.

**NOTE**

---



---



---



---



---



**Scheda n° 5B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**PORTE REI; MANIGLIONI ANTIPANICO**

DM 03/11/04; DM 21/06/04; DM 01/09/21; D. Lgs. 81/08 smi; UNI 11473-1:13

Tipologia: *Uscite di sicurezza dotate di maniglione antipanico e porte REI (tagliafuoco)*Verifica e prova effettuata da: *Tecnico Manutentore qualificato o Ditta Specializzata*Periodicità del Controllo e prove: *6 mesi*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI VERIFICA E PROVA:** (1) Controllo periodico semestrale di Porte uscite EM, serrature ed infissi REI, sistemi di sgancio con magneti e dispositivi di autochiusura; (2) Verificare: la presenza del marchio di conformità (targhetta) apposto dal produttore; l'assenza di ritegni impropri; l'integrità costruttiva dell'infisso, delle guarnizioni e del fissaggio; il corretto funzionamento dei dispositivi di apertura, autochiusura e del coordinamento della sequenza di chiusura.

**NOTE**

---

---

---

## Scheda n° 6A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Tipologia di impianto: *Corpi illuminanti alimentati autonomamente*

| Sorveglianza       |      |     | Periodicità  |   |       |      |
|--------------------|------|-----|--|---|-------|------|
| Lavoratore Addetto |      |     | Settimanale, registrare immediatamente i risultati se negativi, negli altri casi <b>ogni 6 mesi effettuare la registrazione.</b> |   |       |      |
|                    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza   | Esito   | Firma | Note |
| 1                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 2                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 3                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 4                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 5                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 6                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 7                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 8                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 9                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 10                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 11                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 12                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 13                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 14                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |

### PROCEDURA DI CONTROLLO FUNZIONALE:

- 1) Sganciare l'interruttore generale (o l'interruttore dell'impianto illuminazione di emergenza);
- 2) Fare il giro dei luoghi e accertarsi che tutte le lampade siano accese per almeno 30 min;
- 3) Riarmare l'interruttore generale.

\* l'attività verrà esercitata durante il perdurare della luce diurna.



### NOTE

---



---



---

**Scheda n° 6B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)**IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA**

UNI CEI 11222:10; CEI EN 50172:06 ; CEI UNI 34-132

Tipologia di impianto: *Corpi illuminanti alimentati autonomamente*Verifica effettuata da: *Tecnico Manutentore qualificato o Ditta Specializzata*Periodicità della Verifica: *6 mesi*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI VERIFICA:** (1) Controllo periodico trimestrale; (2) Verifica di funzionamento semestrale; (3) Manutenzione semestrale o quando necessario; (4) Verifica generale e dell'autonomia annuale (5) Revisione biennale.

- 1) Sganciare l'interruttore generale;
- 2) Verificare che tutte le lampade siano integre e accese, lasciarle accese per un tempo di 1h;
- 3) Accertarsi che dopo 50 min siano tutte ancora accese;
- 4) Riarmare dopo un'ora l'interruttore generale;
- 5) Sganciare dopo 12 ore l'interruttore generale e verificare che tutte le lampade siano accese;
- 6) Sostituire o far sostituire le plafoniere (e/o) le batterie non funzionanti.

**N.B.** La carica e le condizioni delle batterie potranno essere verificate in altra maniera da parte della ditta specializzata delle verifiche. In ogni caso occorrerà effettuare la procedura di scarica completa. Sganciare l'interruttore generale (o l'interruttore dell'impianto illuminazione di emergenza).

NOTE \_\_\_\_\_

## Scheda n° 7A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato

### VALVOLE DI INTERCETTAZIONE per l'alimentazione della centrale termica

Tipologia di impianto: *Impianto alimentazione centrale termica – valvola di intercettazione a chiusura rapida*

Verifica effettuata da: *Lavoratore Addetto*

Periodicità della Verifica: *6 mesi*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI CONTROLLO:** controllare l'integrità della leva e il posizionamento della apposita segnaletica.

#### NOTE

---

---

---

---

---

---

---



**Scheda n° 7B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)

**VALVOLE DI INTERCETTAZIONE  
per l'alimentazione della centrale termica**

Tipologia di impianto: *Impianto alimentazione centrale termica – valvola di intercettazione a chiusura rapida*

Verifica effettuata da: *Tecnico Manutentore qualificato o Ditta Specializzata*

Periodicità della Verifica: *6 mesi*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI VERIFICA:** verificare il corretto funzionamento della Valvola di intercettazione, smontarla ed effettuare la pulizia e manutenzione.

**NOTE**

---

---

---

---

---

---

---

---

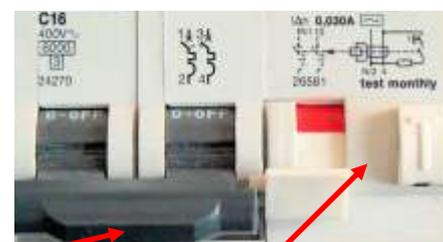
## Scheda n° 8A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato INTERRUTTORI DIFFERENZIALE

Tipologia di impianto: *quadro elettrico d'impianto*

| Sorveglianza       |      |     | Periodicità  |   |       |      |
|--------------------|------|-----|--|---|-------|------|
| Lavoratore Addetto |      |     | Mensile, registrare immediatamente i risultati se negativi, negli altri casi <b>ogni 6 mesi effettuare la registrazione.</b> |   |       |      |
|                    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza   | Esito   | Firma | Note |
| 1                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 2                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 3                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 4                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 5                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 6                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 7                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 8                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 9                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 10                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 11                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 12                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 13                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |
| 14                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |       |      |

**PROCEDURA DI PROVA:** per tutti i differenziali (salvavita) premere il tasto di prova (TEST) ed accertarsi dell'avvenuto distacco della corrente. Guardando il quadro/centralino, cominciare dall'ultimo in basso a dx ed andare indietro fino al primo.

\* In caso di mancato intervento, provvedere a fare effettuare la sostituzione da parte di ditta abilitata. Nelle more della sostituzione, mettere in posizione "OFF" il magnetotermico collegato, *oppure utilizzare solo carichi elettrici con doppio isolamento.*



Tasto di prova TEST mensile

### NOTE

## Scheda n° 8B – Compilazione a cura di organismo abilitato

### INTERRUTTORI DIFFERENZIALE INTERRUTTORE GENERALE DI SGANCIO EMERGENZA

Tipologia di impianto: *Impianto elettrico e di terra.*

Verifica DPR 462/01; Guida CEI 64-14, effettuata da: *Organismo abilitato di tipo A o ASP.*

Periodicità della Verifica: *2 o 5 anni (2 anni per attività rientranti nel DPR 151/11)*

|    | Data | Ora | Organismo abilitato | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|---------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                     | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI VERIFICA:** Effettuare le verifiche strumentali dei tempi di intervento degli interruttori differenziali e prova di funzionamento del pulsante di sgancio generale, della continuità dell'impianto di terra e della resistenza di terra - DPR 462/01; Guida CEI 64-14.

#### NOTE

---

---

---

---

---

---

**Scheda n° 9B – Compilazione a cura di ditta abilitata (tecnico specializzato)**

**I.C.  
"G. Bianca"  
Avola**

**Plesso: "Collodi"**

*Da fotocopiare e compilare*

**CONTROLLO E MANUTENZIONE DELL'IMPIANTO ELETTRICO**

Tipologia di impianto: *Impianto elettrico e di terra.*

Controllo, verifica e manutenzione effettuata da: *tecnico specializzato o Ditta Abilitata*

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_ titolare o legale rappresentante dell'impresa (Rag. Soc.) \_\_\_\_\_ con sede in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) tel: \_\_\_\_\_; Part. IVA: \_\_\_\_\_;

**Barrare di seguito quanto attinente:**

iscritta all'albo provinciale delle imprese artigiane di \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

iscritta nel registro delle imprese della CCIAA di \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Abilitata per eseguire gli impianti elettrici di cui al DM 37/08, art. 1.2, lettera a), ha ricevuto l'incarico di:

eseguire la manutenzione dell'impianto elettrico installato nei locali siti nel plesso in epigrafe in data: \_\_\_\_\_

dopo avere condotto il controllo a vista, norma CEI 64-8, con periodicità  semestrale  \_\_\_\_\_ degli interruttori, serraggio viti e connessioni varie, stato dei conduttori, integrità prese, conduttori di collegamento, conduttori di protezione e di quanto qui in elenco:

|                                     | <b>Con esito:</b>   | <b>Nota esplicativa</b><br>Identificare l'elemento |
|-------------------------------------|---|--|
| Collettore equipot.                 | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |  |
| Quadro elettrico                    | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |  |
| Scatole derivazione                 | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |  |
| Dispositivi di distribuz. e comando | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo* |  |

Osservazioni e/o segnalazioni:

\_\_\_\_\_  
Firma del Tecnico

dopo avere condotto le seguenti misure e prove previste dalla norma CEI 64-8 art. 62.1.4, con periodicità:  semestrale  \_\_\_\_\_ di quanto sotto indicato:

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | misura della resistenza di isolamento dei circuiti;   |
| <input type="checkbox"/> | prova con apposito apparecchio dell'efficienza degli interruttori differenziali;  |
| <input type="checkbox"/> | misura della resistenza di terra (coordinata con $I_{dn}$ degli interruttori differenziali);  |
| <input type="checkbox"/> | collegamento all'impianto di terra di tutte le masse, prove di continuità;  |
| <input type="checkbox"/> | collegamento a EQP e EQS delle masse estranee;  |
| <input type="checkbox"/> | misura dell'impedenza $Z_s$ dell'anello di guasto (soltanto dei circuiti senza interruttore differenziale di sistemi TN e IT e coordinamento con le protezioni di sovracorrente); |
| <input type="checkbox"/> | prove di funzionamento (ad es. interblocchi dei quadri, serrature, ecc.)  |

I cui risultati numerici, sono riportati nell'**allegato 4**.

dopo aver eseguito sull'impianto gli interventi di riparazione/modifica/miglioramenti indicati nell'**allegato 1**, in conformità alla norma CEI 64-8.

### ATTESTA

che lo stato di conservazione dell'impianto è attualmente:

**ottimo**

**buono**

**soddisfacente**

*Si ricorda che la regolare manutenzione è un obbligo giuridico stabilito in via generale dal DM 37/08, art. 8 comma 2 e dal D. Lgs. 81/08 art. 64, lettera e) e per i luoghi particolari dalle relative disposizioni legislative specifiche.*

*L'attestato sopra riportato è limitato all'impianto elettrico di distribuzione dell'energia elettrica, come definito nella norma CEI 64-8 e DM 37/08, quindi con esclusione degli impianti elettronici e dell'equipaggiamento elettrico delle macchine e di altri apparecchi utilizzatori.*

*L'attestato deve essere consegnato dall'impresa installatrice al titolare (responsabile) dell'impianto da cui ha ricevuto l'incarico di eseguire la manutenzione.*

*L'attestato serve al titolare dell'impianto per dimostrare di aver condotto la manutenzione nei luoghi di lavoro, in tal modo ottempera a quanto disposto dal D. Lgs 81/08, art. 86, comma 2: "L'esito dei controlli è verbalizzato e tenuto a disposizione dall'attività di vigilanza".*

*La regolare manutenzione risulta dall'insieme delle date degli attestati, secondo la periodicità della manutenzione specifica del tipo di luogo.*

*Chi esegue la manutenzione (ordinaria e/o straordinaria) non deve attestare che l'impianto è conforme alla regola dell'arte, ma soltanto indicare il grado di conservazione dell'impianto, dopo aver eseguito gli interventi manutentivi necessari (**allegato 1**). Tuttavia, segnala le eventuali difformità dalla regola dell'arte che ha riscontrato in occasione dell'esame a vista, delle misure e delle prove e suggerisce i lavori necessari (**allegato 2**).*

*Se gli interventi esulano, per vastità e importanza, dall'ambito della manutenzione e dunque dall'incarico ricevuto, può compilare l'**allegato 3**.*

Segnala che occorrono ancora i lavori indicati nell'**allegato 2**, che esulano dalla manutenzione, affinché l'impianto abbia un livello di sicurezza accettabile.

Nonostante gli interventi eseguiti, l'impianto è ancora pericoloso e necessita dei lavori elencati nell' **allegato 3**.

Tenuto conto del tipo luogo e di impianto, delle disposizioni legislative e regolamentari, delle norme CEI e di quanto indicato nel progetto dell'impianto stesso, la successiva manutenzione è da eseguire entro il: \_\_\_\_\_

Il responsabile tecnico dell'impresa installatrice

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma





## Scheda n° 10A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato AERAZIONE DEI VANI DEGLI IMPIANTI DI SOLLEVAMENTO

Tipologia: *apertura nella parte alta delle pareti dei vani e/o dei locali tecnici degli impianti di sollevamento*

| Sorveglianza       |      |     | Periodicità  |  |       |      |
|--------------------|------|-----|--|--|-------|------|
| Lavoratore Addetto |      |     | <b>Mensile, registrare immediatamente i risultati se negativi, negli altri casi ogni 6 mesi effettuare la registrazione.</b> |  |       |      |
|                    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza   | Esito  | Firma | Note |
| 1                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9                  |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14                 |      |     |  | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

### PROCEDURA DI CONTROLLO:

- ↪ Accertarsi che l'apertura verso lo spazio scoperto sia protetta contro gli agenti atmosferici e contro l'introduzione di corpi estranei (animali vari, volatili ecc.); tale protezione non deve consentire il passaggio di una sfera di diametro maggiore di 15 mm.
- ↪ Accertarsi che l'areazione sia permanente.

### NOTE

---

---

---

---

---

---

**Scheda n° 10B – Compilazione a cura di ditta specializzata** (tecnico manutentore)

**AERAZIONE DEI VANI DEGLI IMPIANTI DI SOLLEVAMENTO**

Tipologia: *apertura nella parte alta delle pareti dei vani e/o dei locali tecnici degli impianti di sollevamento*

Verifica effettuata da: *Tecnico manutentore o Ditta specializzata*

Periodicità della Verifica: *coincidente con quella di manutenzione e/o verifica degli impianti*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI VERIFICA:**

- ↪ Controlla che l'aerazione del vano corsa, del locale del macchinario, se esistente, del locale pulegge di rinvio, se esistente, e/o degli spazi del macchinario devono essere fra loro separati e aperte direttamente, o con canalizzazioni non combustibili, verso spazi scoperti a condizione che sia garantito il tiraggio;
- ↪ Accertarsi che l'aerazione sia permanente e realizzata mediante aperture;
- ↪ Accertarsi che l'apertura verso lo spazio scoperto sia protetta contro gli agenti atmosferici e contro l'introduzione di corpi estranei (animali vari, volatili ecc.); tale protezione non deve consentire il passaggio di una sfera di diametro maggiore di 15 mm.

**NOTE**

## Scheda n° 11A – Compilazione a cura del Lavoratore Addetto Designato

### CONTENUTO:

□ CASSETTA PRONTO SOCCORSO

□ PACCHETTO DI MEDICAZIONE

Tipologia: *Controllare che le quantità presenti siano rispondenti a quanto indicato nell'elenco interno nel contenitore e le scadenze dei presidi.*

Controllo effettuato da: *Lavoratore Addetto*

Periodicità del Controllo: *6 mesi*

|    | Data | Ora | Addetto Sorveglianza | Esito  | Firma | Note |
|----|------|-----|----------------------|--|-------|------|
| 1  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 2  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 3  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 4  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 5  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 6  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 7  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 8  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 9  |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 10 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 11 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 12 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 13 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |
| 14 |      |     |                      | <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo |       |      |

**PROCEDURA DI CONTROLLO:** Controllare il contenuto del presidio riguardo a quanto riportato nell'elenco che si trova in dotazione e le date di scadenza dei prodotti.

Provvedere alla sostituzione di quelli scaduti o integrare quelli mancanti.

### NOTE

---

---

---

---



| <p align="center"><b>Contenuto minimo della<br/>Cassetta di Pronto Soccorso</b><br/>(Allegato 1 al D. M. 388/03)</p>   | <p align="center"><b>Contenuto minimo del<br/>Pacchetto di Medicazione</b><br/>(Allegato 2 al D. M. 388/03)</p>   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guanti sterili monouso (5 paia);</li> <li>2. Visiera paraschizzi;</li> <li>3. Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1);</li> <li>4. Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml (3);</li> <li>5. Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10);</li> <li>6. Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2);</li> <li>7. Teli sterili monouso (2);</li> <li>8. Pinzette da medicazione sterili monouso (2);</li> <li>9. Confezione di rete elastica di misura media (1);</li> <li>10. Confezione di cotone idrofilo (1);</li> <li>11. Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2);</li> <li>12. Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (2);</li> <li>13. Un paio di forbici;</li> <li>14. Lacci emostatici (3);</li> <li>15. Ghiaccio pronto uso (due confezioni);</li> <li>16. Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2);</li> <li>17. Termometro;</li> <li>18. Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guanti sterili monouso (2 paia);</li> <li>2. Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 125 ml (1);</li> <li>3. Flacone di soluzione fisiologica (sodio cloruro 0,9%) da 250 ml (1);</li> <li>4. Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (1);</li> <li>5. Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (3);</li> <li>6. Pinzette da medicazione sterili monouso (1);</li> <li>7. Confezione di cotone idrofilo (1);</li> <li>8. Confezione di cerotti di varie misure pronti all'uso (1);</li> <li>9. Rotolo di cerotto alto cm. 2,5 (1);</li> <li>10. Rotolo di benda orlata alta cm. 10 (1);</li> <li>11. Un paio di forbici (1);</li> <li>12. Un laccio emostatico (1);</li> <li>13. Confezione di ghiaccio pronto uso (1);</li> <li>14. Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (1);</li> <li>15. Istruzioni sul modo di usare i presidi suddetti e di prestare i primi soccorsi in attesa del servizio di emergenza</li> </ol> |

Si ricorda che il datore di lavoro deve garantire un mezzo di comunicazione idoneo ad attivare rapidamente il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre la Cassetta/Pacchetto deve contenere le **ISTRUZIONI DA SEGUIRE PER IL PRONTO SOCCORSO**

**I.C.  
"G. Bianca"  
Avola**

***Plesso "Collodi"***

*Da fotocopiare e compilare*

Spettabile  
Datore di Lavoro/Preposto

All'attenzione del  
RSPP

e p.c. al RLS

**Oggetto: Segnalazione verifica negativa per richiesta intervento**

Con la presente, la/lo scrivente \_\_\_\_\_,  
in qualità di Lavoratore Addetto/Designato presso codesta unità produttiva, durante l'attività di sorveglianza periodica, svolta nelle modalità previste, ha riscontrato con "ESITO NEGATIVO" quanto segnalato nella tabella seguente:

**(N. B. La presente scheda è da trasmettere solo nel caso di esito negativo di una delle attività di sorveglianza previste, barrando la casella relativa a quella che ha avuto esito negativo)**

| <b>Oggetto verifica</b>  | Sorveglianza Negativa<br><b>SI</b> | <b>Note</b> (facoltative per l'indicazione del malfunzionamento riscontrato) | <b>Data Verifica</b> |
|--|------------------------------------|--|----------------------|
| Impianto di allarme  |                                    |  |                      |
| Estintori  |                                    |  |                      |
| Rete Idrica antincendio  |                                    |  |                      |
| Impianto di spegnimento automatico                                   |                                    |  |                      |
| Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI, uscite di emergenza |                                    |  |                      |
| Impianto di Illuminazione di emergenza                               |                                    |  |                      |
| Valvole di intercettazione gas                                       |                                    |  |                      |
| Interruttori differenziali, generale di sgancio, di emergenza        |                                    |  |                      |
| Aerazione dei vani degli impianti di sollevamento                    |                                    |  |                      |
| Contenuto cassetta pronto soccorso/pacchetto di medicazione          |                                    |  |                      |

Per cui si richiede un intervento tempestivo di ripristino, nelle more l'adozione di soluzione di sicurezza che abbiano efficacia di tutela.

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Firma

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|   |   |
|---|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(* Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|---|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|   |  |
|---|--|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO". | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO". |
|---|--|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|   |  |
|---|--|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO". | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO". |
|---|--|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

## VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

### Elementi di dettaglio della prova

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|   |  |
|---|--|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO". | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO". |
|---|--|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

\_\_\_\_\_

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

\_\_\_\_\_

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

## VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

### Elementi di dettaglio della prova

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|  |   |
|--|---|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br><small>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br><small>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO".</small> |
|--|---|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

**I.C.**  
**"G. Bianca"**  
**Avola**

**Plesso "Collodi"**

**VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE**

*Allegato I, § 1.3 punto 7 del DM 02/09/21; Allegato I, § 4.2 del DM 03/09/21*

*Prova effettuata in virtù del punto 12.0 del DM 26/08/92 "... devono essere fatte prove di evacuazione, almeno due volte nel corso dell'anno scolastico" e della nota dei VVF 5264 del 18/04/18.*

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ si è svolta la prova di evacuazione nei locali di cui in epigrafe.

|   |  |
|---|--|
| L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di*<br>_____<br>(*) Indicare il tempo più alto ottenuto dalla sottrazione fra le voci "udito l'inizio allarme" e "raggiunto il luogo sicuro", poste nella colonna "ORARIO", di ogni singolo "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO". | L'esito della prova è stato** <input type="checkbox"/> Positivo<br><input type="checkbox"/> Negativo<br>(**) Sintesi sull'andamento generale della prova, desunto dai risultati posti sulla colonna "GIUDIZIO DEL DOCENTE", espresso da ogni singolo docente per la propria classe, di cui al "MODULO PER L'ESERCITAZIONE DI ESODO". |
|---|--|

Note e/o osservazioni

---



---



---



---



---

**Elementi di dettaglio della prova**

|   |  |      |
|---|--|------|
| La posizione dei dispositivi di allarme è facilmente identificabile?              | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'impianto di illuminazione di emergenza funziona?                                | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| La segnaletica è sufficiente e adeguata?  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le vie di uscita sono agevolmente percorribili?                                   | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le porte resistenti al fuoco "REI", ove esistenti, sono identificabili?           | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Le uscite e i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi?    | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| L'ubicazione delle attrezzature di spegnimento è identificabile?                  | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |
| Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No | Note |

Avola (SR), li \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Preposto

**N.B.** In caso di problemi rilevanti/emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente per i provvedimenti del caso

## IDENTIFICAZIONE EVENTUALI AZIENDE INCARICATE DELLE MANUTENZIONE

| PRESIDIO<br>IMPIANTO      | RAGIONE SOCIALE | REFERENTE | TELEFONI, FAX, CELLULARE   |
|---------------------------|-----------------|-----------|--|
| <u>Ente Proprietario</u>  |                 |           | Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____<br><br>Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____ |
| <u>Estintori</u>          |                 |           | Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____<br><br>Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____ |
| <u>Idranti /Naspi</u>     |                 |           | Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____<br><br>Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____ |
| <u>Impianti elettrici</u> |                 |           | Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____<br><br>Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____ |
|                           |                 |           | Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____<br><br>Telefono/i _____<br>Fax _____<br>Cell. _____ |

## PROCEDURA DA SEGUIRE PER LE DITTE CHE ESEGUONO GLI INTERVENTI

Tutti gli addetti delle ditte che effettuano manutenzione che si recheranno presso la struttura, si dovranno presentare con apposito Cartellino di riconoscimento con evidenziato il proprio nome e cognome, il nome della ditta ed interverranno chiedendo del Dirigente/Datore di lavoro o di uno degli ADDETTI ANTINCENDIO, che a loro volta mostreranno il presente REGISTRO sul quale l'addetto apporrà la propria firma di esecuzione di quanto svolto.

In mancanza di cartellino di riconoscimento il Dirigente/Datore di Lavoro potrà non consentire l'intervento e chiedere l'allontanamento dell'addetto.

Qualsiasi intervento in caso di guasti e di manutenzione che non sia già previsto nel presente registro, dovrà essere riportato nel documento inteso come "Diario delle manutenzioni – Mod. 17" e per i casi previsti nella scheda seguente denominata "Scheda di avvenuto intervento – Mod. 16 quater".

In alternativa la ditta che interviene dovrà produrre una copia di rapporto di lavoro o di scheda d'intervento che l'addetto alla gestione dell'emergenza/preposto dovrà allegare al presente registro conservandola con cura.

**NEL CASO DI RISCONTRATA ANOMALIA DI UN IMPIANTO E/O PRESIDIO ECC. DOVRÀ ESSERE IMMEDIATAMENTE AVVERTITO ANCHE IN FORMA SCRITTA L'ENTE PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE, CHE PROVVEDERÀ AGLI INTERVENTI DEL CASO.**

**I.C.  
"G. Bianca"  
Avola**

***Plesso "Collodi"***

**Scheda di avvenuto intervento**

LUOGO DI LAVORO: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

OGGETTO DELL'INTERVENTO: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI INTERVENTO: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

MATERIALI INSTALLATI

---

---

---

---

---

---

---

---

NOTE/ESITO DELL'INTERVENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma dell'Operatore

\_\_\_\_\_

Firma dell'Addetto Designato

\_\_\_\_\_

**I.C.  
"G. Bianca"  
Avola**

***Plesso "Collodi"***

**Scheda di avvenuto intervento**

LUOGO DI LAVORO: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

OGGETTO DELL'INTERVENTO: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI INTERVENTO: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

MATERIALI INSTALLATI

---

---

---

---

---

---

---

---

NOTE/ESITO DELL'INTERVENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma dell'Operatore

\_\_\_\_\_

Firma dell'Addetto Designato

\_\_\_\_\_

**I.C.  
"G. Bianca"  
Avola**

***Plesso "Collodi"***

**Scheda di avvenuto intervento**

LUOGO DI LAVORO: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

OGGETTO DELL'INTERVENTO: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI INTERVENTO: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

MATERIALI INSTALLATI

---

---

---

---

---

---

---

---

NOTE/ESITO DELL'INTERVENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma dell'Operatore

\_\_\_\_\_

Firma dell'Addetto Designato

\_\_\_\_\_



# Atti allegati



