

MODULO 1: PERMESSO DI LAVORO

Responsabile del Reparto:				
Località intervento:			Data intervento: ____ / ____ / 201__	
Identificazione dello Spazio Confinato (SC): Classe <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Sezione:				
<input type="checkbox"/> Sollevamenti fognari <input type="checkbox"/> Vasche <input type="checkbox"/> Cunicoli fognari <input type="checkbox"/> Tombinature stradali <input type="checkbox"/> Pozzetti di servizio <input type="checkbox"/> Locali tecnici <input type="checkbox"/> Manufatti d'ispezione <input type="checkbox"/> Altro				
Pericolo conseguenti al Materiale contenuto: <input type="checkbox"/> Reflui fognari <input type="checkbox"/> Fanghi <input type="checkbox"/> Altro:				
Altri pericoli:				
Lavorazione da eseguire nello SC:				
Il Responsabile del Reparto (firma):				
Addetti alla lavorazione				
Preposto - Capo Squadra <i>(firma)</i>	Accedente n.1 <i>(nome e cognome)</i>	Accedente n.2 <i>(nome e cognome)</i>	Add. supporto esterno <i>(nome e cognome)</i>	Add. Supporto esterno <i>(nome e cognome)</i>
Controlli preventivi				
Esito controlli preventivi effettuati: il ____ / ____ / 201__ alle ore: __:__ da:				
<input type="checkbox"/> O ₂ : <input type="checkbox"/> H ₂ S : <input type="checkbox"/> CO : <input type="checkbox"/> LEL :				
Valori di accettabilità	O ₂ : 19,5%min – 23,5 % max	CO: < 35 ppm	Strumento:	
	H ₂ S: <10 ppm	LEL: < 10% LEL	Data calibrazione: ____ / ____ /201__	
Interventi di bonifica da eseguire prima dell'ingresso				
N° di ricambi d'aria necessari:		Portata ventilatore: m3/h	Durata ventilazione (min):	
Ora aperture preventive chiusini: ante: __:__ post: __:__			Estrazione liquidi e materiali: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Sezionamenti: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		se SI cosa:	dove:.....	
Altro:				
Controlli effettuati dopo la bonifica prima dell'ingresso				
<input type="checkbox"/> Ricambi d'aria effettuati		<input type="checkbox"/> Estrazione liquidi e materiali		<input type="checkbox"/> Sezionamenti
<input type="checkbox"/> Altro:				
Misurazioni	O ₂ :	H ₂ S:	CO:	LEL:
Valori accettabilità	O ₂ : 19,5%min/23,5 % max	H ₂ S: <10 ppm	CO: <30 ppm	LEL: < 10% LEL
Interventi da eseguire durante la lavorazione				
Ventilazione forzata continua: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		se SI : m ³ /h		
Sospensione ventilazione forzata: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		se SI , ogni quanti minuti:		
Altro:				
DPI ed Attrezzature da utilizzare				
<input type="checkbox"/>	Maschera Pieno facciale con filtro (A2B2E2K2 P3 R D)	<input type="checkbox"/>	Alimentazione ausiliaria di aria respirabile	
<input type="checkbox"/>	Tuta Monouso categoria di protezione III (Tyvek)	<input type="checkbox"/>	Rilevatore gas	
<input type="checkbox"/>	Guanti	<input type="checkbox"/>	Treppiedi	
<input type="checkbox"/>	Stivali	<input type="checkbox"/>	Lampada di sicurezza	
<input type="checkbox"/>	Imbracatura anticaduta completa	<input type="checkbox"/>	Funi e cordini di sicurezza	
<input type="checkbox"/>	Casco con visiera	<input type="checkbox"/>	Elettroventilatore portatile	
<input type="checkbox"/>	Autorespiratore (maschera pieno facciale e bombole)	<input type="checkbox"/>	Altro:	
Firma del Preposto Capo squadra	 ore: del ____ / ____ /201__		
Firma del Responsabile Reparto	 ore: del ____ / ____ /201__		