| **ALL. 8.1 CHECK LIST VERIFICA ADEMPIMENTI GENERALI** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOCE** | **OK** | **IN ACTION** | **N.A.** | **Note** |
| Nomina del COMITATO |  |  |  |  |
| Sospensione delle attività non indispensabili |  |  |  |  |
| Ricorso al lavoro agile per le attività che possono essere svolte presso il proprio domicilio o fruizione delle ferie e congedi |  |  |  |  |
| Fornitura la personale del materiale informativo (vedi allegato) |  |  |  |  |
| Fornitura agli addetti al PS del materiale informativo (vedi allegato) |  |  |  |  |
| Affissione della cartellonistica riportata nel protocollo (vedi allegati) |  |  |  |  |
| Rispetto della distanza di 1 metro |  |  |  |  |
| Uso della mascherina e altri DPI quando non sia possibile rispettare la distanza di 1 metro |  |  |  |  |
| Limitazione degli spostamenti all’interno delle sedi di lavoro |  |  |  |  |
| Contingentare l’accesso agli spazi comuni |  |  |  |  |
| Differenziazione degli orari di ingresso, uscita e pause, nuovi turni di lavoro |  |  |  |  |
| Efficacia della procedura di ingresso ed accoglienza degli esterni/corrieri |  |  |  |  |
| trasmissione della procedura alle ditte esterne ad integrazione DUVRI (appalti ancora attivi) |  |  |  |  |
| Presenza di igienizzante per le mani nei seguenti luoghi definiti dalla procedura: |  |  |  |  |
| Attività di sanificazione:   * + - Bagni, spazi comuni, attrezzature ad uso promiscuo , … |  |  |  |  |
| Operazioni di sanificazione del luogo di lavoro, anche utilizzando ammortizzatori sociali |  |  |  |  |
| L’ufficio risorse umane ha attivato:   * + - Rapporti con il medico competente     - Definizione della fruizione ammortizzatori sociali     - Gestione dei casi positivi con le autorità |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Note del COMITATO: |
| MISURE DI MIGLIORAMENTO DA PRENDERE: |

In data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ il comitato di controllo si è riunito con le modalità anti-contagio di cui al presente piano, ed ha eseguito la verifica di quanto attuato per la prevenzione della diffusione del COVID-19 per mezzo delle checklist.

Eventuali azioni necessarie saranno prese in esame per migliorare il piano stesso.

Se non presenti, alla compilazione delle presente checklist, Vengono informati il Datore di Lavoro ed i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza sugli esiti del presente controllo, anche tramite invio informatico del modello compilato

nelle persone di:

NOME E COGNOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_