

	SCUOLA/ISTITUTO: Istituto Comprensivo Longiano
	PLESSO: Scuola Primaria "Tito Balestra" Via Circovallazione, 1110 cap 47020 Città: Longiano Tel. 0547/666492 <i>Cod. fiscale:</i> 90041170409 E mail foic80700r@istruzione.it

REGISTRO DELLA SORVEGLIANZA E DEI CONTROLLI PERIODICI ANTINCENDIO E PRESIDI PRIMO SOCCORSO

Art. 6 DPR 151/2011
D.M. 26 agosto 1992
art. 4 del D.M. 10 marzo 1998
D. Lgs. 81/08 e s.m.i.
DM 388/2003
Art. 5 D.P.R. 12 Gennaio 1998, n°37

Datore di Lavoro
Dott.ssa Rossi Sabrina

RSP
D'Apice Antonio

RLS

Addetti incaricati

Nominativo	firma
Docente	
Amadori Anna	
Brunetti Fabio	
Prati Cristina	
Stimoli Pietra	
Bolognesi Raffaella	
ATA	
Cola Francesca	
Coppola Tommaso	

Ogni anno, ad inizio anno scolastico, Il Dirigente Scolastico (in qualità di Titolare dell'attività) ed il Dirigente dell'Ente Proprietario, sottoscriveranno il presente registro, assumendo la responsabilità di compilazione delle parti di propria pertinenza. In particolare:

IL DIRIGENTE DELL'ENTE PROPRIETARIO: Sarà responsabile della compilazione, mediante i propri addetti a ditte esterne incaricate, delle schede contrassegnate con "B". Si tratta di verifiche approfondite, tecniche e strumentali.

[illegible]

CONTROLLO visivo GIORNALIERO

- Sorveglianza e verifica di apertura di tutte le porte e delle vie di esodo
- All'inizio della giornata lavorativa il personale scolastico è tenuto ad assicurarsi che le porte in corrispondenza delle uscite di piano 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.
- 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 o al Dirigente scolastico.

TABELLA RIEPILOGATIVA COMPLETA¹

n° scheda	Oggetto verifica	incaricato	Cadenza
1A	Impianto di allarme	Addetto all'emergenza(interno)	6 mesi
1B		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
2A	Estintori portatili	Addetto all'emergenza(interno)	Mensile
2B		Ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
3A	Rete Idrica antincendio	Addetto all'emergenza(interno)	Mensile
3B		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
4B	Impianto di spegnimento automatico	Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	almeno ogni 6 mesi
5A	Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI	Addetto all'emergenza(interno)	6 mesi
5B		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
5A-bis	Uscite di sicurezza e maniglioni antipanico	Addetto all'emergenza(interno)	Mensile
5B-BIS		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
6A	Impianto di Illuminazione di emergenza	Addetto all'emergenza(interno)	6 mesi
6B		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
7A	Valvole di intercettazione gas	Addetto all'emergenza(interno)	6 mesi
7B		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
8A	Interruttori differenziali	Addetto all'emergenza(interno)	Mensile
8B		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
9A	Contenuto cassetta pronto soccorso	Addetto all'emergenza(interno)	Mensile
10B	Interruttore generale e sgancio di emergenza	Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
11A	Prove di emergenza e di evacuazione	Addetto all'emergenza(interno)	Almeno 2 all'anno

¹ Nelle scuole non ancora in possesso della certificazione antincendio quando obbligatoria (superate le 100 presenze) devono effettuare i controlli con maggior frequenza.

SCHEDE A

a cura dell'Istituto

Scheda n° 1A

IMPIANTO DI ALLARME

Tipologia di impianto:

.....
[] Acustico [] Luminoso

Verifica effettuata da:

Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica:

6 mesi

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				[] Positivo [] Negativo		
2				[] Positivo [] Negativo		
3				[] Positivo [] Negativo		
4				[] Positivo [] Negativo		
5				[] Positivo [] Negativo		
6				[] Positivo [] Negativo		
7				[] Positivo [] Negativo		
8				[] Positivo [] Negativo		
9				[] Positivo [] Negativo		
10				[] Positivo [] Negativo		
11				[] Positivo [] Negativo		
12				[] Positivo [] Negativo		

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

NOTE

Scheda n° 2A

ESTINTORI PORTATILI

Tipologia di estintori: ☐ a polvere da 6 kg ☐ CO₂

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: mensile

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: Accertarsi del corretto posizionamento di tutti gli estintori, del corretto posizionamento del cartello e dell'avvenuta revisione entro sei mesi dalla data di verifica. Verificare inoltre la presenza del sigillo e che la lancetta del manometro sia sull'area verde.

NOTE

Scheda n° 3A

RETE IDRICA ANTINCENDIO

Tipologia di impianto: ☐ idranti ☐ naspi

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: mensile

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: controllare che le cassette siano integre, che siano presenti tubazione e lancia.

NOTE

Scheda n° 5A

PORTE ED ELEMENTI DI CHIUSURA CON CARATTERISTICHE REI

Tipologia di porte: porte tagliafuoco

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: 6 mesi

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: controllare che le porte si chiudano correttamente

NOTE

Scheda n° 5A-BIS

USCITE DI SICUREZZA E MANIGLIONI ANTIPANICO

Tipologia di porte: Uscite di sicurezza dotate di maniglione antipanico

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: mensile

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: controllare che le porte si chiudano correttamente, verificare funzionalità dei maniglioni antipanico. Verificare che le vie di esodo siano sempre agevolmente fruibili. **E' vietato chiudere le uscite di emergenza con catenacci e/o ostruire uscite e percorsi di fuga.**

NOTE

Scheda n° 6A**IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA**

Tipologia di impianto: Plafoniere autonome autoalimentate

Verifica effettuata da: Addetti alla gestione dell'emergenza

Periodicità della Verifica: 6 mesi

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: 1) sganciare l'interruttore generale (o l'interruttore dell'impianto illuminazione di emergenza); 2) fare il giro e accertarsi che tutte le lampade siano accese; 3) riarmare l'interruttore generale

NOTE

Scheda n° 7A**VALVOLE DI INTERCETTAZIONE GAS**

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

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

Periodicità della Verifica: 6 mesi

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare l'integrità della leva ed il posizionamento della apposita segnaletica

NOTE

Scheda n° 8A

INTERRUTTORI DIFFERENZIALI

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza
Periodicità della Verifica: mensile

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: Verificare mediante il tasto di prova (TEST) il funzionamento degli interruttori differenziali

NOTE

Scheda n° 9 A

CONTENUTO CASSETTA PRONTO SOCCORSO

Tipologia: Contenitore da parete con elenco del contenuto riportato all'interno dello sportello

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza
Periodicità della Verifica: mensile

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: Verificare il contenuto della cassetta di pronto soccorso rispetto a quanto riportato nell'elenco fornito in dotazione

NOTE

Scheda n° 11 A

PROVE DI EMERGENZA E DI EVACUAZIONE

Tipologia: Prove di emergenza e di evacuazione periodiche

Verifica effettuata da: Addetti all'emergenza

	Data	Ora	Responsabile verifica	Tipologia Di prova Incendio /Terremoto	Esito	Firma
1					☐ Positivo ☐ Negativo	
2					☐ Positivo ☐ Negativo	
3					☐ Positivo ☐ Negativo	
4					☐ Positivo ☐ Negativo	
5					☐ Positivo ☐ Negativo	
6					☐ Positivo ☐ Negativo	
7					☐ Positivo ☐ Negativo	
8					☐ Positivo ☐ Negativo	
9					☐ Positivo ☐ Negativo	
10					☐ Positivo ☐ Negativo	
11					☐ Positivo ☐ Negativo	
12					☐ Positivo ☐ Negativo	
13					☐ Positivo ☐ Negativo	
14					☐ Positivo ☐ Negativo	

Allegare al registro i verbali

NOTE

**ELENCO PRESIDI SANITARI IN DOTAZIONE ALLA CASSETTA
DI PRONTO SOCCORSO**
Allegato 1 del D.Lgs. 388/2003,
"REGOLAMENTO RECANTE DISPOSIZIONI SUL PRONTO SOCCORSO AZIENDALE",

N.B- Ogni cassetta di Pronto Soccorso, (opportunamente segnalata e dotata di chiusura) deve essere posizionata a muro. Deve essere inoltre facilmente asportabile in caso di intervento; deve contenere almeno:

- N. 5 paia di guanti sterili monouso;
- N. 1 Visiera Paraschizzi;
- N. 1 flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro;
- N. 3 flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro – 0,9%) da 500 ml;
- N. 10 compresse di garze sterili 10x10 in buste singole;
- N. 2 compresse di garza sterile 18x40 in buste singole;
- N. 2 teli sterili monouso;
- N. 2 paia di pinzette da medicazione sterili monouso;
- N. 1 confezione di rete elastica di misura media;
- N. 1 confezione di cotone idrofilo da 100 g;
- N. 2 confezione di cerotti di varie misure;
- N. 2 rotoli di cerotto alto 2,5 cm;
- N. 1 paio di forbici *con punta arrotondata*;
- N. 3 lacci emostatici;
- N. 2 confezioni di ghiaccio pronto uso;
- N. 2 sacchetti monouso per la raccolta dei rifiuti sanitari;
- N. 1 termometro;
- N. 1 Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

L'elenco può essere integrato con alcuni presidi (*in corsivo nel testo, ritenuti utili dal Sistema di Emergenza Sanitaria Locale e dai Servizi AUSL*).

- N. 1 confezione di acqua ossigenata F.U. 10 vol. da 100 g (*integrato*)
- N. 1 confezione di clorossidante elettrolitico al 10% pronto ferita (*ad es. Amuchina o altri prodotti analoghi*) (*integrato*)
- N. 1 rotolo benda orlata alta 10 cm (*integrato*)
- N. 1 coperta isotermica monouso (*integrato*)
- N. 1 Pocket Mask (*integrato*)
- N. 1 confezione di sapone liquido (*integrato*)
- N. 1 confezione di guanti monouso in vinile o in lattice (*integrato*)

Piano di Primo Soccorso

Elenco dei presidi contenuti

Istruzione "Prevenzione delle malattie a trasmissione ematica"

NOTA BENE:

PUNTI DI MEDICAZIONE/PACCHETTO DI MEDICAZIONE: contenitori con presidi di primo soccorso a tipologia e quantità semplificata, rispetto a quelli della Cassetta di Pronto Soccorso di cui all'All. 2 Decreto 388/03. Devono essere dotati come minimo di:

1. Guanti sterili monouso (2 paia)
2. Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 125 ml (1)
3. Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 250 ml (1)
4. Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (3)
5. Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (1)
6. Pinzette da medicazione sterili monouso (1)
7. Confezione di cotone idrofilo (1)
8. Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (1)
9. Rotoli di benda orlata alto cm. 2,5 (1)
10. Un paio di forbici
11. Lacci emostatici (1)
12. Ghiaccio pronto uso (1 confezione)
13. Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (1)

SCHEDE B

a cura della ditta incaricata dall'Ente Proprietario

Scheda n° 1B

IMPIANTO DI ALLARME

Tipologia di impianto:
[] Acustico [] Luminoso

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: 6 mesi

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Timbro	Note
1				[] Positivo [] Negativo			
2				[] Positivo [] Negativo			
3				[] Positivo [] Negativo			
4				[] Positivo [] Negativo			
5				[] Positivo [] Negativo			
6				[] Positivo [] Negativo			
7				[] Positivo [] Negativo			
8				[] Positivo [] Negativo			
9				[] Positivo [] Negativo			
10				[] Positivo [] Negativo			
11				[] Positivo [] Negativo			
12				[] Positivo [] Negativo			

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare il corretto funzionamento di tutti gli elementi dell'impianto compresa la batteria tampone. Effettuazione di intervento di manutenzione ordinaria.

NOTE

Scheda n° 2B**(A CURA DI DITTA INCARICATA)****VERIFICA PERIODICA ESTINTORI****Rif. normativo:** D.P.R. – Lgs. – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2**Ditta incaricata:****Data verifica:** **Personale incaricato della verifica:****Scheda n° 1****Dotazione:** n° estintori a CO₂; n° estintori a polvere**ESITO DELLA VERIFICA**

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva	Note	Timbro
Verifica semestrale		[SI'] [NO]		
Manutenzione straordinaria		[SI'] [NO]		
Sostituzione CO ₂ (ogni 5 anni)		[SI'] [NO]		
Collaudo bombola (ogni 10 anni)		[SI'] [NO]		

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma dell'incaricato _____

Scheda n° 2B**(A CURA DI DITTA INCARICATA)****VERIFICA PERIODICA ESTINTORI****Rif. normativo:** D.P.R. – Lgs. – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2**Ditta incaricata:****Data verifica:** **Personale incaricato della verifica:****Scheda n° 2****Dotazione:** n° estintori a CO₂; n° estintori a polvere**ESITO DELLA VERIFICA**

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva	Note	Timbro
Verifica semestrale		[SI'] [NO]		
Manutenzione straordinaria		[SI'] [NO]		
Sostituzione CO ₂ (ogni 5 anni)		[SI'] [NO]		
Collaudo bombola (ogni 10 anni)		[SI'] [NO]		

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma dell'incaricato _____

Scheda n° 3B

RETE IDRICA ANTINCENDIO

Tipologia di impianto: ☐ idranti ☐ naspi

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note	Timbro
1				☐ Positivo ☐ Negativo			
2				☐ Positivo ☐ Negativo			
3				☐ Positivo ☐ Negativo			
4				☐ Positivo ☐ Negativo			
5				☐ Positivo ☐ Negativo			
6				☐ Positivo ☐ Negativo			
7				☐ Positivo ☐ Negativo			
8				☐ Positivo ☐ Negativo			
9				☐ Positivo ☐ Negativo			
10				☐ Positivo ☐ Negativo			
11				☐ Positivo ☐ Negativo			
12				☐ Positivo ☐ Negativo			

PROCEDURA DI VERIFICA: effettuare una prova di funzionamento con misura di pressione e portata.
(allegare eventuale verbale di collaudo rete)

NOTE

Scheda n° 4B

IMPIANTO DI RIVELAZIONE (O SPEGNIMENTO) AUTOMATICO

Tipologia di impianto:

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note	Timbro
1				☐ Positivo ☐ Negativo			
2				☐ Positivo ☐ Negativo			
3				☐ Positivo ☐ Negativo			
4				☐ Positivo ☐ Negativo			
5				☐ Positivo ☐ Negativo			
6				☐ Positivo ☐ Negativo			
7				☐ Positivo ☐ Negativo			
8				☐ Positivo ☐ Negativo			
9				☐ Positivo ☐ Negativo			
10				☐ Positivo ☐ Negativo			
11				☐ Positivo ☐ Negativo			
12				☐ Positivo ☐ Negativo			

PROCEDURA DI VERIFICA: a cura della ditta specializzata

NOTE

Scheda n° 5B

PORTE ED ELEMENTI DI CHIUSURA CON CARATTERISTICHE REI

Tipologia di impianto: Uscite di sicurezza dotate di maniglione antipanico e porte tagliafuoco

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Timbro	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo			
2				☐ Positivo ☐ Negativo			
3				☐ Positivo ☐ Negativo			
4				☐ Positivo ☐ Negativo			
5				☐ Positivo ☐ Negativo			
6				☐ Positivo ☐ Negativo			
7				☐ Positivo ☐ Negativo			
8				☐ Positivo ☐ Negativo			
9				☐ Positivo ☐ Negativo			
10				☐ Positivo ☐ Negativo			
11				☐ Positivo ☐ Negativo			
12				☐ Positivo ☐ Negativo			

PROCEDURA DI VERIFICA: a cura della ditta specializzata

NOTE

Scheda n° 5B-BIS

USCITE DI SICUREZZA E MANIGLIONI ANTIPANICO

Tipologia di porte: Uscite di sicurezza dotate di maniglione antipanico

Verifica effettuata da: Personale tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo		
2				☐ Positivo ☐ Negativo		
3				☐ Positivo ☐ Negativo		
4				☐ Positivo ☐ Negativo		
5				☐ Positivo ☐ Negativo		
6				☐ Positivo ☐ Negativo		
7				☐ Positivo ☐ Negativo		
8				☐ Positivo ☐ Negativo		
9				☐ Positivo ☐ Negativo		
10				☐ Positivo ☐ Negativo		
11				☐ Positivo ☐ Negativo		
12				☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: controllare che le porte si chiudano correttamente – 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 uscite e percorsi di fuga.**

NOTE

Scheda n° 6B

IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Tipologia di impianto: Plafoniere autonome autoalimentate

Verifica effettuata da: Personale tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Timbr o	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo			
2				☐ Positivo ☐ Negativo			
3				☐ Positivo ☐ Negativo			
4				☐ Positivo ☐ Negativo			
5				☐ Positivo ☐ Negativo			
6				☐ Positivo ☐ Negativo			
7				☐ Positivo ☐ Negativo			
8				☐ Positivo ☐ Negativo			
9				☐ Positivo ☐ Negativo			
10				☐ Positivo ☐ Negativo			
11				☐ Positivo ☐ Negativo			
12				☐ Positivo ☐ Negativo			

PROCEDURA DI VERIFICA:

- 1) sganciare l'interruttore generale;
- 2) verificare che tutte le lampade siano accese e 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 incaricata delle verifiche. In ogni caso occorrerà effettuare la procedura di scarica completa.

NOTE

Scheda n° 7B

VALVOLE DI INTERCETTAZIONE GAS

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

Verifica effettuata da: Personale tecnico o ditta esterna
Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Timbro	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo			
2				☐ Positivo ☐ Negativo			
3				☐ Positivo ☐ Negativo			
4				☐ Positivo ☐ Negativo			
5				☐ Positivo ☐ Negativo			
6				☐ Positivo ☐ Negativo			
7				☐ Positivo ☐ Negativo			
8				☐ Positivo ☐ Negativo			
9				☐ Positivo ☐ Negativo			
10				☐ Positivo ☐ Negativo			
11				☐ Positivo ☐ Negativo			
12				☐ Positivo ☐ Negativo			

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

NOTE

Scheda n° 8B

INTERRUTTORI DIFFERENZIALI

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o personale Impresa incaricata
Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Timbro	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo			
2				☐ Positivo ☐ Negativo			
3				☐ Positivo ☐ Negativo			
4				☐ Positivo ☐ Negativo			
5				☐ Positivo ☐ Negativo			
6				☐ Positivo ☐ Negativo			
7				☐ Positivo ☐ Negativo			
8				☐ Positivo ☐ Negativo			
9				☐ Positivo ☐ Negativo			
10				☐ Positivo ☐ Negativo			
11				☐ Positivo ☐ Negativo			
12				☐ Positivo ☐ Negativo			

PROCEDURA DI VERIFICA: Effettuazione di misura strumentale dei tempi di intervento degli interruttori differenziali e prova di funzionamento del pulsante di sgancio generale

NOTE

Scheda n° 10B

INTERRUTTORE GENERALE SGANCIO EMERGENZA

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o personale Impresa incaricata
Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Timbro	Note
1				☐ Positivo ☐ Negativo			
2				☐ Positivo ☐ Negativo			
3				☐ Positivo ☐ Negativo			
4				☐ Positivo ☐ Negativo			
5				☐ Positivo ☐ Negativo			
6				☐ Positivo ☐ Negativo			
7				☐ Positivo ☐ Negativo			
8				☐ Positivo ☐ Negativo			
9				☐ Positivo ☐ Negativo			
10				☐ Positivo ☐ Negativo			
11				☐ Positivo ☐ Negativo			
12				☐ Positivo ☐ Negativo			

PROCEDURA DI VERIFICA: Effettuazione di misura strumentale dei tempi di intervento degli interruttori differenziali e prova di funzionamento del pulsante di sgancio generale

NOTE

SCHEDE RIEPILOGATIVE

MODULO DI VERIFICA PERIODICA DEI PRESIDI SANITARI IN USO CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO N.

Allegato 1 – DM 388/03

Firma addetto al controllo:	Data controllo: Scrivere la data	Compilazione tabella: indicare con una X
------------------------------------	---	---

Plesso scolastico

- ☐ Scuola dell'Infanzia _____
☐ Scuola Primaria _____
☐ Scuola Secondaria di I grado _____
 Effettuata in data _____ dall'addetto al primo soccorso _____

Descrizione	Contenuto minimo	Quantità richiesta
Guanti sterili monouso	5 paia	
Visiera paraschizzi	1	
Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro	1	
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9) da 500 ml	3	
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10	
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2	
Teli sterili monouso	2	
Pinzette da medicazione sterili monouso	2	
Confezione di rete elastica di misura media	1	
Confezione di cotone idrofilo	1	
Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso	2	
Rotoli di cerotto alto cm. 2,5	2	
Un paio di forbici	1	
Lacci emostatici	3	
Ghiaccio pronto uso	2 conf.	
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2	
Termometro	1	
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa	1	

Il Docente Fiduciario di Plesso _____

Il Personale Preposto _____

Alla data del controllo la cassetta è risultata:

- ☐ conforme
 ☐ con necessità di reintegro dei presidi indicati.

Per l'acquisto una copia del presente modulo è stata consegnata in data _____ a (Nome Cognome) _____.

All'arrivo del materiale richiesto consegnare all'addetto di PS (Nome Cognome) _____

MODULO DI VERIFICA PERIODICA DEI PRESIDI SANITARI IN USO**VERIFICA DEL CONTENUTO DEL PACCHETTO DI MEDICAZIONE****DM 388/03****Plesso di scuola**

- ☐ Scuola dell'Infanzia _____
- ☐ Scuola Primaria _____
- ☐ Scuola Secondaria di I grado _____

Effettuata in data _____ dall'addetto al primo soccorso _____

Descrizione	Contenuto minimo	Quantità richiesta
Guanti sterili monouso	2 paia	
Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 125 ml	1	
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9) da 250 ml	1	
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	3	
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	1	
Pinzette da medicazione sterili monouso	1	
Confezione di cotone idrofilo	1	
Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso	1	
Rotoli di benda orlata alto cm. 2,5	1	
Un paio di forbici	1	
Lacci emostatici	1	
Ghiaccio pronto uso	1 conf.	
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	1	

Il Docente Fiduciario di Plesso

Il Personale Preposto

Alla data del controllo il punto/pacchetto di medicazione è risultato:

- ☐ conforme ☐ con necessità di reintegro dei presidi indicati.

Per l'acquisto una copia del presente modulo è stata consegnata in data _____ a (Nome Cognome) _____.

All'arrivo del materiale richiesto consegnare all'addetto di PS (Nome Cognome)

Istruzione Operativa

“PREVENZIONE DELLE MALATTIE A TRASMISSIONE EMATICA”

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Da affiggere all'interno della cassetta di Pronto Soccorso

A tutti i collaboratori scolastici

A tutti gli addetti al Pronto soccorso

PROCEDURA OPERATIVA UTILE AD EVITARE RISCHI DI TRASMISSIONE DI MALATTIE EMATICHE
DURANTE LE OPERAZIONI DI SOCCORSO, DISINFEZIONE DI FERITE.

DESCRIZIONE DELLE PROCEDURE DA ADOTTARE

Al fine di evitare la trasmissione di malattie che si trasmettono con liquidi organici infetti, in particolare sangue (epatite B - epatite C - AIDS etc.), si danno le seguenti indicazioni:

- E' necessario indossare guanti monouso ogni volta si preveda di venire in contatto con liquidi organici di altre persone (es. per medicazioni, igiene ambientale)
- Gli strumenti didattici taglienti (forbici, punteruoli, cacciaviti ecc.) devono essere preferibilmente personali e comunque, qualora si imbrattino di sangue, devono essere opportunamente disinfettati.
- Il disinfettante da utilizzare per le superfici e/o i materiali imbrattati di sangue o altri liquidi organici è una **soluzione di cloro attivo allo 0,5%** che si ottiene diluendo 1 parte di candeggina in 9 parti di acqua (es 1 bicchiere di candeggina in 9 di acqua)

PER LA DISINFEZIONE DELLE SUPERFICI E DELLE ATTREZZATURE SI PROCEDE COME INDICATO DI
SEGUITO:

- indossare guanti monouso
- allontanare il liquido organico dalla superficie con carta assorbente
- detergere la superficie con soluzione detergente
- disinfettare con una soluzione di cloro attivo allo 0,5% preparata come detto sopra e lasciare agire la soluzione per un tempo minimo di 10 minuti
- sciacquare con acqua
- allontanare tutto il materiale utilizzato direttamente nel sacchetto apposito per la raccolta dei rifiuti sanitari
- togliere i guanti, gettarli nel sacchetto porta-rifiuti, chiudere il sacchetto contenente i rifiuti e smaltirlo
- lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone

N.B.: è necessario controllare la composizione del **prodotto a base di Ipoclorito di sodio a disposizione**, ed assicurarsi che abbia una concentrazione di cloro attivo al 5-6%.

Date esecuzione verifiche interne

Verifiche interne (addetti all'emergenza)

	Data	Nominativo addetto	Firma addetto	Note
1°verifica				
2°verifica				
3°verifica				
4°verifica				
5°verifica				
6°verifica				
7°verifica				
8° verifica				
9° verifica				
10° verifica				
11° verifica				
12°verifica				
13°verifica				
14°verifica				

Scuola/Istituto _____

Servizio di Prevenzione e Protezione

Al Datore di Lavoro

Al Resp. del Serv. di Prev. e Prot.

Luogo di Lavoro _____

Lavoratore addetto alla verifica: _____

Scheda di segnalazione verifica negativa per richiesta intervento

(La presente scheda è da trasmettere **solo nel caso di esito negativo** di una delle verifiche previste, barrando la casella relativa alla verifica che ha avuto esito negativo)

Oggetto verifica	Indicare con un X la verifica che ha avuto esito negativo	Note (facoltative per l'indicazione del malfunzionamento riscontrato)	Data della Verifica
Impianto di allarme			
Estintori			
Rete Idrica antincendio			
Impianto di spegnimento automatico			
Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI e uscite di emergenza			
Impianto di Illuminazione di emergenza			
Valvole di intercettazione gas			
Interruttori differenziali e interruttore generale di sgancio di emergenza			
Contenuto cassetta pronto soccorso			

Il sottoscritto addetto all'emergenza per la scuola _____, nel corso di effettuazione delle verifiche periodiche previste, ha riscontrato un mancato o non corretto funzionamento dell'impianto segnalato nella tabella. Richiede pertanto al Datore di Lavoro un intervento tecnico di ripristino

Data: _____

Firma _____

ISTITUTO DI ISTRUZIONE _____	Modulo di Evacuazione dell'Aula (da conservare, in più copie, in ciascuna aula insieme all'elenco degli alunni di classe e riconsegnare al coordinatore dell'emergenza, o ai soccorritori, per una rapida revisione di avvenuto esodo)	Data: __ / __ / __
---------------------------------	--	-----------------------

In data __/__/__ alle ore ____ nel plesso _____ sito a _____ in via _____ è stata effettuata la prova di evacuazione con simulazione ④ Incendio ④ Terremoto secondo quanto prescritto dal Piano delle Procedure in caso di Emergenza. Oltre al personale in servizio e agli alunni sono presente

a) Eventuali Osservatori presenti: _____

Esito della prova e comportamento delle Funzioni interessate e del Personale: ☐ positivo ☐ negativo

Nel caso l'esito risulti NON positivo il Preposto avrà cura di ripetere la Prova di Evacuazione fino a buon esito e trasmetterà il verbale al Dirigente Scolastico.

Tipo di segnale usato: ☐ allarme campanella ☐ altri dispositivi sonori ☐ vocale

Note e/o osservazioni

Verifica evacuazione:

Il sistema di allarme ha funzionato correttamente?

[SI] [NO]

Il segnale di allarme è stato udito in tutti i locali dell'Istituto?

[SI] [NO]

La segnaletica è sufficiente, adeguata e corrisponde alle planimetrie di esodo?

[SI] [NO]

Le uscite ed i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi? (per quelli automatici tenere "a portata di mano" copia delle chiavi per l'apertura manuale)

[SI] [NO]

Lungo i percorsi per raggiungere le uscite di sicurezza si sono verificate situazioni che hanno determinato difficoltà nell'evacuazione?

[SI] [NO]

Il tempo impiegato per la completa evacuazione è da ritenersi soddisfacente? Tempo ____:

[SI] [NO]

L'impianto di illuminazione di emergenza risulta funzionante?

[SI] [NO]

Al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze? (conservare in allegato al presente verbale i moduli di raccolta di ciascuna aula)

[SI] [NO]

Preposto all'emergenza (in stampatello)

Firma

ISTITUTO DI ISTRUZIONE _____	Modulo di Evacuazione dell'Aula (da conservare, in più copie, in ciascuna aula insieme all'elenco degli alunni di classe e riconsegnare al coordinatore dell'emergenza, o ai soccorritori, per una rapida revisione di avvenuto esodo)	Data: __ / __ / __
---------------------------------	--	-----------------------

MODULO DI EVACUAZIONE DELL'AULA

(da consegnare al responsabile della raccolta dei moduli)

Data:...../...../.....

Simulazione: ☐ Incendio ☐ Terremoto

Plesso:		
Classe	Aula n.	Piano
Docente in servizio (stampatello)		

N° STUDENTI DELLA CLASSE	
N° STUDENTI PRESENTI	
N° PRESENTI DOPO L'ESODO	

FERITI	
DISPERSI	

Punto di Raccolta:
Note

Firma del Docente in servizio

IDENTIFICAZIONE EVENTUALI AZIENDE INCARICATE DELLE MANUTENZIONE

PRESIDIO IMPIANTO	Ragione Sociale	Referente	Telefoni, Fax, cellulare
<u>Ente Proprietario</u>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____ Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____
<u>Estintori</u>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____ Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____
<u>Idranti /Naspi</u>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____ Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____
<u>Impianti elettrici</u>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____ Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____
_____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____ Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____
_____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____ Telefono/i _____ Fax _____ Cellulare _____

Procedura da seguire

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.

In mancanza di cartellino di riconoscimento il Dirigente Scolastico potrà non consentire l'effettuazione dell'intervento e chiedere l'allontanamento dell'addetto.

Qualsiasi intervento di manutenzione che non sia già previsto nel presente registro, dovrà essere riportato nella scheda seguente. In alternativa la ditta che interviene dovrà produrre una copia di rapporto di lavoro o di scheda di intervento che l'addetto alla gestione dell'emergenza dovrà allegare al presente registro conservandola con cura.

NEL CASO DI RISCONTRATA ANOMALIA DI UN IMPIANTO E/O PRESIDIO, ECC. DOVRA' ESSERE IMMEDIATAMENTE AVVERTITO ANCHE IN FORMA SCRITTA IL PROPRIETARIO DELL'EDIFICIO CHE PROVVEDERA' AGLI INTERVENTI DEL CASO.

SCHEDA DI EFFETTUAZIONE INTERVENTO

LUOGO DI LAVORO: _____ DATA _____

OGGETTO DELL'INTERVENTO: _____

TIPOLOGIA DI INTERVENTO: _____

MATERIALI INSTALLATI

NOTE/ESITO DELL'INTERVENTO

Firma dell'Operatore

Firma dell'addetto all'emergenza
