

Documento di Valutazione dei Rischi Interferenziali (ai sensi dell'art 26 del D.Lgs. 81/2008)

_____ (____), lì ____ / ____ / _____

SOGGETTI COINVOLTI

STAZIONE COMMITTENTE

.....
.....

DDL _____ (firma)

RSPP _____ (firma)

DIR Resp. commessa _____ (firma)

PREP Capocantiere _____ (firma)

IMPRESA ESECUTRICE DEI LAVORI DI _____

.....
.....

DDL _____ (firma)

RSPP _____ (firma)

DIR DTC _____ (firma)

PREP Capocantiere _____ (firma)

LAVORATORE AUTONOMO ESECUTORE DEI LAVORI DI _____

.....
.....

Il LA _____ (firma)

Descrizione dell'attività in oggetto

Luogo svolgimento lavori	
Orario di lavoro	
Data di inizio lavori	____ / ____ / ____
Durata presunta lavori	____ gg
Importo lavori	
Costi della sicurezza	

INDIVIDUAZIONE E GESTIONE RISCHI INTERFERENZIALI

DESCRIZIONE IMPIANTI, ATTREZZATURE E SOSTANZE CHIMICHE

Attrezzature e sostanze del committente

Reparto	Attrezzature e sostanze chimiche presenti nel reparto	Utilizzate nel cantiere	
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO

Attrezzature e sostanze delle esecutrici

Reparto	Attrezzature e sostanze chimiche presenti nel reparto	Utilizzatore

DESCRIZIONE DEI RISCHI INTERFERENZIALI

Elenco rischi interferenziali	Comm.	Esec.
Caduta di oggetti dall'alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadute dall'alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadute in fosse o buche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proiezione di sfridi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ribaltamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustioni termiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione al rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a CEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a ROA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a radiazioni ionizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a stress e/o malattie da microclima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimico cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustioni chimiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimico inalazione polveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimico inalazione gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimico inalazione vapori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancerogeno cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancerogeno inalatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologico cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologico inalatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MPP E PROCEDURE DI SICUREZZA

Misure a carico del committente

[illegible]

Misure a carico delle esecutrici

[illegible]

DPI aggiuntivi per rischi interferenziali	Comm.	Esec.
Elmetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhiali paraschegge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiere paraschegge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhiali paraspruzzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiere paraspruzzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhiali anti-ROA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiere anti-ROA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoprotettori (cuffie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoprotettori (inserti auric.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoprotettori (archetti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facciali filtranti P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facciali filtranti P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facciali filtranti P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semimaschera facciale con filtro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maschera facciale con filtro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorespiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guanti pesanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guanti in crosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guanti impermeabili leggeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guanti impermeabili pesanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guanti impermeabili pesanti a manica lunga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guanti antisiringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guanti vibro-assorbenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pettorine in crosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pettorine impermeabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tute impermeabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tute impermeabili con cappuccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indumenti ad alta visibilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarpe antinfortunistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarpe antinfortunistica con sfilamento rapido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>