

<b>MODULO N°</b>	<b>DATA:</b>	<b>ORA:</b>	<b>DATI PERSONE COINVOLTE:</b>		
MANSIONE DI APPARTENENZA:			Cognome	Nome	
<b>DATI ALTRE PERSONE PRESENTI</b>					
MANSIONE DI APPARTENENZA:			Cognome	Nome	
<b>DATI AREA COINVOLTA</b>					
<i>Area</i>	<i>Macchina</i>	<i>Attrezzatura</i>	<i>Impianto</i>		
<b>DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO</b>					
<b>Antefatto</b> <i>(descrizione oggettiva situazione prima dell'evento)</i>					
<b>Dinamica</b> <i>(descrizione oggettiva dettagliata dell'evento desunta da registrazione, colloqui, sopralluogo)</i>					
<b>Situazione dopo l'evento</b> <i>(descrizione oggettiva situazione dopo l'evento)</i>					
<b>Che tipo di lavorazione stava svolgendo?</b> (es. manutenzione, pulizia, conduzione mezzo)					
<b>Attività ordinaria?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	saltuariamente <input type="checkbox"/>	Altro .....	
<b>Indossava i DPI?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON PREVISTI <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <b>DANNO A COSE</b>	<input type="checkbox"/> <b>MANCATO INFORTUNIO</b>		<input type="checkbox"/> <b>SITUAZIONE PERICOLOSA</b>		<input type="checkbox"/> <b>COMPORAMENTO PERICOLOSO</b>
<input type="checkbox"/> <b>LESIONE</b> (SENZA LASCIARE IL LAVORO)	<input type="checkbox"/> <b>INFORTUNIO</b>	<input type="checkbox"/> <b>MEDICATO IN AZIENDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>INVIATO AL PRONTO SOCCORSO</b>		
<b>Cosa è successo?</b>			<b>Dove si è fatto male?</b>		
Caduto da	Esposto a				
Ha inalato	A contatto con				
Ha urtato contro	Ha ingerito				
Ha calpestato	Caduto in piano				
Schiacciato da	Ha messo un piede in fallo				
Urtato da	Movimento scoordinato				
Investito da	Ha fatto uno sforzo				
Impigliato/agganciato da					
Morso da _					
<b>COSA E' STATO FATTO SUBITO PER RIPRENDERE LE OPERAZIONI IN SICUREZZA (OLTRE AD ASSISTERE L'INFORTUNATO)</b>					
<input type="checkbox"/> <b>PREPOSTO</b> .... <input type="checkbox"/> <b>DIRIGENTE</b> ... <input type="checkbox"/> <b>RSPP</b> ... <input type="checkbox"/> <b>RSGL</b>			<b>RLS HA VISTO IL MODULO</b>		
Nome	Cognome	Firma	Nome	Cognome	Firma



APPROFONDIMENTO ANALISI CAUSA N° _____							
INDIVIDUATE LE CAUSE APPROFONDIRE L'ANALISI VERIFICANDO PER OGNI ELEMENTO INDIVIDUATO A QUALE DELLE CATEGORIE APPARTIENE (COLONNE A FIANCO DA 1 A 6) CLASSIFICANDO IL TIPO DI PROBLEMA (UTILIZZARE LE RIGHE DEI TRE GRUPPI SOTTO RIPORTATI)		1-Attività infortunato	2- Attività di terzi	3-Utensili, macchine, impianti	4- Materiali	5- Ambiente	6- DPI e abbigliamento
Problemi di Valutazione dei rischi	Fattore sufficientemente valutato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fattore insufficientemente valutato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fattore non valutato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi rispetto a standard	Legge (n° _____ art. _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Norma di buona tecnica (sigla _____ Art _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Procedura o istruzione operativa interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Libretto uso/manutenzione marcatura CE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no anno di fabbricazione _____			<input type="checkbox"/>			
	Schede di sicurezza				<input type="checkbox"/>		
Problema di sicurezza	Errore di procedura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Uso errato o improprio di attrezzature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Evento accidentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Formazione/informazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Stato di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Lingua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Presenza di elementi pericolosi			<input type="checkbox"/>			
	Mancanza di protezioni (fisse, mobili o sensibili)			<input type="checkbox"/>			
	Inadeguatezza di protezioni (fisse, mobili o sensibili)			<input type="checkbox"/>			
	Rimozione protezioni (fisse, mobili o sensibili)			<input type="checkbox"/>			
	Manomissione protezioni (fisse, mobili o sensibili)			<input type="checkbox"/>			
	Funzionamento anomalo o guasto			<input type="checkbox"/>			
	Problema legato alle caratteristiche				<input type="checkbox"/>		
	Problema legato allo stoccaggio				<input type="checkbox"/>		
	Problema legato alle trasformazioni				<input type="checkbox"/>		
	Problema legato alla movimentazione				<input type="checkbox"/>		
	Eccesso di .....					<input type="checkbox"/>	
	Scarsità di .....					<input type="checkbox"/>	
	Rapida variazione di .....					<input type="checkbox"/>	
	Cedimento di .....					<input type="checkbox"/>	
	Segnaletica					<input type="checkbox"/>	
	Inadeguatezza						<input type="checkbox"/>
	Deterioramento						<input type="checkbox"/>
Uso improprio						<input type="checkbox"/>	
Mancato uso						<input type="checkbox"/>	
Mancato addestramento						<input type="checkbox"/>	

**AZIONI**

**AGGIORNAMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI**

SI VEDI VALUTAZ. IMMEDIATA  NO

**REGISTRAZIONE ANDAMENTO GESTIONE EMERGENZA**

SI REGISTRA CON MOD. PROVE  NO

NESSUNA  CORRETTIVA N° \_\_\_\_\_  PREVENTIVA N° \_\_\_\_\_

LETTERA DI AMMONIZIONE SI  NO   
SOSPENSIONE DAL LAVORO: SI  NO

RSPP

\_\_\_\_\_  
Firma

DL O DIRIGENTE

\_\_\_\_\_  
Firma

