



Unione Europea * Ministero Istruzione Università Ricerca * Regione Sicilia * Distretto
Scolastico n. 1

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE STATALE
“DON MICHELE ARENA” – 92019 SCIACCA (AG)

Sede Centrale Via Nenni - ☎0925/22510 – Fax 0925/24247 Via Giotto - ☎0925/85365 – Fax 0925/85366

Corso Miraglia - ☎0925/22239 – Fax 0925/23410 Via ETA (Menfi) ☎ e Fax 0925/74214

C.F. 92002960844 - Sito www.iissarena.edu.it - E-mail: agis01600n@istruzione.it - Pec: agis01600n@pec.istruzione.it

REGISTRO DEI CONTROLLIE VERIFICHE GENERALI ANTINCENDIO

(art. 4 e Allegato VI del DM 10/03/1998; art. 5 comma 2 del D.P.R. 37/98; punto 12 del DM 26/08/92)

Plesso: _____

Anno scolastico 2021/22

Sciacca , lì _____

Prot. _____

Il RSPP
Ing. Leonardo Vaccaro

Il Dirigente Scolastico
Calogero De Gregorio

Addetti/o Designati/o al Controllo/Verifica e Registrazione dei risultati
(firma per accettazione degli incaricati)

Cognome e nome

Firma

1. INTRODUZIONE

I sistemi, i dispositivi, le attrezzature e gli impianti antincendio necessitano di una corretta gestione e manutenzione.

Per gestione si intende l'insieme delle operazioni, a carico del Dirigente dell'attività e dei suoi addetti alla lotta antincendio, atte a garantire nel tempo un grado di affidabilità sufficiente per il corretto funzionamento in caso di incendio dei sistemi di protezione attivi.

Nella gestione antincendio un'importanza fondamentale riveste la manutenzione, la quale deve essere affidata, da parte del Dirigente, ad aziende di idonea e riconosciuta capacità.

2. CONTENUTI DEL REGISTRO

Il registro dei controlli deve essere redatto per ottemperare alle prescrizioni di legge previste dal D. Lgs. 81/08, D.M. 10/03/98, DM 26 agosto 1992 e, per le strutture soggette a CPI, DPR 37/98 ed il DM 04/05/98, nonché DM 21 marzo 2018 e Nota Ministero Interni VVFF 5264 del 18 04 2018 - Controlli in materia di salute e sicurezza sul lavoro che fornisce alcune indicazioni integrative che possono essere adottate in caso di mancanza della certificazione antincendio prescritta.

I vari decreti pongono adempimenti a carico dei titolari di attività ed adempimenti a carico degli enti proprietari.

Su tale registro vanno annotate le verifiche, i controlli e le operazioni di manutenzione sui sistemi, attrezzature ed impianti antincendio, nonché l'attività di informazione e formazione antincendio dei lavoratori.

L'attività di controllo, verifica e manutenzione, riguarda l'elenco sotto riportato dei sistemi di protezione, che possono essere presenti:

- [a](#) estintori
- [a](#) idranti
- [a](#) porte REI
- [a](#) uscite di sicurezza
- [a](#) luci di emergenza
- [a](#) pulsanti di sgancio corrente elettrica
- [a](#) pulsanti di allarme
- [a](#) valvole di intercettazione gas infiammabili e/o esplosivi
- [a](#) rilevatori di incendio e/o gas e dispositivi di spegnimento automatico dell'incendio
- [a](#) evacuatori di fumo e calore
- [a](#) DPI antincendio e dispositivi di primo soccorso

Di seguito si riportano i tipi di controllo e le schede di revisione da eseguire sui sistemi, sulle attrezzature e sugli impianti antincendio

2.1 Glossario dei controlli e verifiche svolte direttamente da un addetto alla lotta antincendio o da un preposto interno alla struttura

ATTENZIONE

Quanto di seguito indicato è un elenco di carattere generale e gli elementi elencati vanno controllati solo se presente presso il presente Plesso

Plesso _____

- Estintori

- a** l'estintore deve essere segnalato tramite idoneo cartello (disegno bianco su fondo rosso) e possibilmente provvisto di un numero progressivo di identificazione;
- a** l'estintore deve essere facilmente individuabile, libero da ostacoli ed immediatamente utilizzabile;
- a** deve essere presente il dispositivo di sicurezza contro gli azionamenti accidentali;
- a** i contrassegni distintivi dell'estintore devono essere facilmente leggibili;
- a** l'indicatore di pressione deve essere compreso all'interno della zona verde;
- a** l'estintore deve essere mantenuto in buono stato (ad es. non deve essere presente della ruggine, deve essere presente il manicotto di erogazione ecc.);
- a** il cartellino di manutenzione deve essere sempre presente e correttamente compilato.

- Idranti

- a** l'idrante deve essere presente in ogni suo componente (cassetta, manichetta, lancia, attacco idraulico) e segnalato tramite apposito cartello (disegno bianco su fondo rosso);
- a** l'idrante deve essere facilmente individuabile, libero da ostacoli ed immediatamente utilizzabile;
- a** la manichetta deve essere regolarmente arrotolata ed in buono stato di conservazione;
- a** la lancia deve avere la maniglia di regolazione dell'acqua in posizione chiusa ed essere in buono stato di conservazione;
- a** la cassetta deve essere dotata di vetro di sicurezza e non deve presentare tracce di rottura, corrosione ecc.

— Porte REI

- a** verificare che la chiusura automatica della porta sia ermetica;
- a** le porte REI non possono essere lasciate aperte e bloccate con zeppe, arredi ecc.; verificare, quindi, che siano mantenute costantemente chiuse;
- a** controllare che la chiusura e l'apertura avvengano in modo semplice e con facilità;
- a** controllare la funzionalità dei dispositivi automatici di chiusura (cerniere con molla di richiamo funzionante).

- Uscite di sicurezza

- a** l'uscita di sicurezza deve essere segnalata da idoneo cartello (disegno bianco su fondo verde);
- a** l'accesso all'uscita, compreso il percorso necessario per raggiungerla, deve essere libero da ostacoli o qualsiasi altro impedimento;
- a** verificare che le ante della porta siano facilmente e completamente apribili;

- Maniglioni antipanico

- a** controllare l'integrità del dispositivo in tutte le sue parti;
- a** verificare la facilità di funzionamento e l'eventuale necessità di lubrificazione;
- a** sostituire in caso di rottura del dispositivo, sostituzione della porta, modifiche dell'attività che comportino un'alterazione peggiorativa delle vie di esodo, o entro il 16/02/2011, se il dispositivo è privo della certificazione di conformità.

- Luci di emergenza

- a** verificare che tutte le lampade siano funzionanti; questo può essere fatto, ad esempio, interrompendo per alcuni minuti l'alimentazione elettrica generale e controllando l'entrata in funzione di tutte le lampade, oppure controllando a vista lo stato dei led luminosi (verde e/o rosso) di ogni lampada;
- a** verificare l'integrità delle lampade e la loro stabilità alle strutture murarie.

__ Pulsanti di sgancio corrente elettrica

- a** verificare se sia necessario il martelletto per la rottura del vetro del pulsante;
- a** il pulsante deve essere chiaramente visibile ed immediatamente utilizzabile;
- a** il pulsante deve essere provvisto di cartello indicante la funzione svolta (es. sgancio elettrico ascensori);
- a** verificarne l'effettivo funzionamento; questo può essere fatto premendo il pulsante dopo aver rimosso il coperchio di protezione con un cacciavite e controllando l'interruzione dell'alimentazione elettrica.

__ Pulsanti di allarme

- a** verificare se sia necessario il martelletto per la rottura del vetro del pulsante;
- a** il pulsante deve essere chiaramente visibile ed immediatamente utilizzabile;
- a** il pulsante deve essere provvisto di cartello indicante la funzione svolta (es. allarme incendio);
- a** verificarne l'effettivo funzionamento; questo può essere fatto premendo il pulsante dopo aver rimosso il coperchio di protezione con un cacciavite e controllando che il suono prodotto dalla/e sirena/e sia udibile in tutto l'edificio.

__ Valvole di intercettazione gas infiammabili e/o esplosivi

- a** verificare che la valvola sia segnalata tramite apposito cartello;
- a** la valvola deve essere chiaramente visibile e facilmente accessibile;
- a** chiudere e riaprire la valvola verificandone l'effettivo funzionamento;

__ Rilevatori di incendio e/o gas e dispositivi di spegnimento automatico dell'incendio

- a** controllare sul display della centralina dell'impianto eventuali segnalazioni di guasti, errori, anomalie;
- a** contattare la ditta che effettua la manutenzione dell'impianto.

— *Evacuatori di fumo e calore*

- a** nel caso di dispositivi ad apertura manuale, verificarne il funzionamento premendo il pulsante di comando;
- a** nel caso di dispositivi collegati ad un impianto centralizzato, controllare sul display della centralina dell'impianto eventuali segnalazioni di guasti, errori, anomalie ed eventualmente contattare la ditta manutentrice;
- a** nel caso di evacuatori costituiti da aperture permanenti (es. superfici grigliate) verificare che siano mantenute pulite e libere da qualsiasi ostacolo.

z *Dispositivi di primo soccorso*

- a** verificare che la cassetta sia segnalata da apposito cartello (disegno bianco su fondo verde per la cassetta di primo soccorso, disegno bianco su fondo rosso per quella antincendio) e provvista dell'elenco dei materiali contenuti;
- a** la cassetta deve essere ben visibile e facilmente raggiungibile;
- a** i materiali presenti nella cassetta devono corrispondere a quelli contenuti nell'elenco affisso sulla stessa e risultare in buono stato di conservazione;
- a** verificare i materiali con scadenza.

NB: Chiaramente tutte le succitate operazioni che richiedono l'interruzione dell'alimentazione elettrica, l'attivazione di allarmi sonori, ecc. saranno effettuate in momenti di pausa lavorativa o al termine della giornata di lavoro per ridurre al minimo il disagio ai lavoratori prodotto da codeste operazioni.

2.2 Controlli, verifiche e manutenzioni svolte da un operatore esterno alla struttura ed appartenente ad una ditta qualificata

In questo caso è compito dell'incaricato interno alla struttura (per es. un addetto alla lotta antincendio o preposto) verificare che i controlli siano effettuati con regolarità dalla ditta incaricata.

Ad esempio, si avrà cura di verificare, sulla scheda di controllo degli estintori, che sia avvenuto il sopralluogo semestrale dell'operatore della ditta incaricata.

DOCUMENTAZIONE

Deve essere sempre disponibile la documentazione che può essere di supporto per gli interventi di manutenzione ordinaria o straordinaria da parte della ditta (ad esempio schema di distribuzione della rete degli idranti).

E' utile avere a disposizione una planimetria per facilitare alcuni tipi di controllo: per esempio durante la verifica degli estintori conviene utilizzare una planimetria nella quale sia evidenziata la dislocazione degli estintori stessi.

3. ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE ANTINCENDIO DEL PERSONALE

L'attività di informazione e formazione antincendio del personale riguarda:

- a L'organizzazione di corsi di formazione
- a L'organizzazione di riunioni e seminari di informazione
- a La designazione dei lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure antincendio
- a L'individuazione delle ditte che effettuano la manutenzione delle attrezzature, sistemi ed impianti antincendio
- a La sostituzione delle figure addette alla gestione ed alla manutenzione delle attrezzature, sistemi ed impianti antincendio

PROCEDURE OPERATIVE

Il presente “**REGISTRO ANTINCENDIO**” deve essere tenuto costantemente aggiornato e reso disponibile in occasione dei controlli degli Organi di Vigilanza.

La compilazione del presente viene concordata tra la Direzione/Datore di Lavoro ed il proprietario dell'immobile se soggetto diverso per la parte a questi spettante.

*In
particolare:*

IL DIRIGENTE/DATORE DI LAVORO: sarà responsabile della compilazione, mediante i propri addetti, **delle schede contrassegnate con “A”**. Si tratta di verifiche semplici, di tipo ordinario.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE: Sarà responsabile della compilazione, mediante i propri addetti o ditte esterne incaricate, **delle schede contrassegnate con “B”**. Si tratta di verifiche approfondite, tecniche e strumentali.

Ciò in attuazione dell'artt. 18 comma 3, 86 del D. Lgs. 81/08

TABELLA RIEPILOGATIVA COMPLETA DEI CONTROLLI

ATTENZIONE

Quanto di seguito indicato, va controllato solo se presente presso l'unità produttiva.

n° scheda	Oggetto verifica	incaricato	Cadenza
1A	Impianto di allarme	Addetto all'emergenza	settimanale
1B		Ditta esterna (manutenzione ordinaria)	semestrale
2A	Estintori	Interno	settimanale
2B		Ditta esterna(verifica)	semestrale
3A	Rete Idrica antincendio	Addetto all'emergenza	settimanale
3B		Ditta esterna (prova di funzionamento)	semestrale
4B	Impianto di spegnimento automatico	Ditta esterna (manutenzione ordinaria)	semestrale
5A	Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI e uscite di sicurezza	Addetto all'emergenza	giornaliero
5B		Ditta esterna(verifica)	semestrale
6A	Impianto di Illuminazione di emergenza	Addetto all'emergenza	settimanale
6B		Ditta esterna (verifica)	semestrale
7A	Valvole di intercettazione gas	Addetto all'emergenza	settimanale
7B		Ditta esterna (verifica)	semestrale
8A	Interruttori differenziali e interruttore generale di sgancio di emergenza	Addetto all'emergenza	settimanale
8B		Ditta esterna (verifica)	semestrale
9A	Contenuto cassetta pronto soccorso	Addetto all'emergenza	settimanale

Integrazione Nota Ministero Interni VVFF 5264 del 18 04 2018

Nota Ministero Interni VVFF 5264 del 18 04 2018 - Controlli in materia di salute e sicurezza sul lavoro :

In aggiunta a quanto riportato nella tabella soprastante l'organizzazione della sicurezza prevedere inoltre quanto segue :

1. Il numero di lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione del piano di emergenza viene potenziato coerentemente alla valutazione del rischio connessa al mancato adeguamento antincendio dell'attività;

2. Viene programmata una corretta **integrazione della informazione dei lavoratori sui rischi specifici derivanti dal mancato adeguamento antincendio dell'attività;**
3. Saranno svolte **almeno due esercitazioni antincendio all'anno** in linea con gli scenari individuati nel documento di valutazione dei rischi, in aggiunta alle prove di evacuazione previste al punto 12.0 del DM 26/8/1992;
4. **Deve essere pianificata ed attuata una costante attività di sorveglianza** volta ad accertare, visivamente, la permanenza delle normali condizioni operative, della facile accessibilità e dell'assenza di danni materiali, **con cadenza giornaliera sui dispositivi di apertura delle porte poste lungo le vie di esodo e sul sistema di vie di esodo, e con cadenza settimanale su estintori, apparecchi di illuminazione e impianto di diffusione sonora e/o impianto di allarme.**

L'attuazione delle misure di cui al punto 4) **sarà riportata nel registro dei controlli, adottato nel rispetto della normativa vigente.**

CONTROLLO GIORNALIERO

Sorveglianza e verifica di apertura di tutte le porte e delle vie di esodo

All'inizio della giornata lavorativa il personale 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 libere 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 Preposto/Datore di lavoro per essere riportato in condizioni di sicurezza il più presto possibile.

CONTROLLO SETTIMANALE

Estintori

Definizione Di Sorveglianza: controllo visivo atto a verificare che le attrezzature e gli impianti antincendio siano nelle normali condizioni operative, siano facilmente accessibili e non presentino danni materiali accertabili tramite esame visivo. La sorveglianza sarà effettuata dal personale incaricato normalmente presente nelle aree protette dopo aver ricevuto adeguate istruzioni.

Sorveglianza estintori significa:

1. l'estintore sia presente e segnalato con apposito cartello;
2. l'estintore sia chiaramente visibile, immediatamente utilizzabile e l'accesso allo stesso sia libero da ostacoli;
3. l'estintore non sia stato manomesso, in particolare non risulti manomesso o mancante il dispositivo di sicurezza per evitare azionamenti accidentali;
4. i contrassegni distintivi siano esposti a vista e siano ben leggibili;
5. l'indicatore di pressione, se presente, indichi un valore di pressione compreso all'interno del campo verde;

6. l'estintore non presenti anomalie quali ugelli ostruiti, perdite, tracce di corrosione, sconnessioni o incrinature dei tubi flessibili, ecc.;
7. l'estintore sia esente da danni alle strutture di supporto e alla maniglia di trasporto; in particolare, se carrellato, abbia ruote perfettamente funzionanti;
8. il cartellino di manutenzione sia presente sull'apparecchio e sia correttamente compilato. Le anomalie riscontrate devono essere eliminate.

Tali verifiche, con cadenza settimanale saranno documentate all'interno del registro antincendio.

Apparecchi di illuminazione e Impianto di diffusione sonora e/o impianto di allarme.

Sorveglianza su questi impianti significa:

1. l'impianto sia presente e correttamente alimentato ;
2. l'apparecchio di illuminazione e quello di allarme o diffusione sonora sia chiaramente visibile, immediatamente utilizzabile e l'accesso allo stesso sia libero da ostacoli;
3. l'impianto di allarme non sia stato manomesso, in particolare non risulti manomesso o mancante il dispositivo di sicurezza (vetrino) per evitare azionamenti accidentali;
4. l'impianto non presenti anomalie quali sconnessioni e/o accensione in condizioni normali di esercizio ecc.;
5. l'impianto sia esente da danni alle strutture di supporto;
6. il cartellino di manutenzione sia presente sull'apparecchio e sia correttamente compilato. Le anomalie riscontrate devono essere eliminate.
7. Tali verifiche, con cadenza settimanale saranno documentate all'interno del registro antincendio.

Scheda n° 1A

IMPIANTO DI ALLARME

Tipologia di impianto: _____

Acustico

Luminoso

Verifica effettuata da: *Addetti all'emergenza*

Periodicità della **Verifica: settimanale**

	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		
13				__ Positivo __ Negativo		
14				__ 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° 1B

IMPIANTO DI ALLARME

Tipologia di impianto: _____

Acustico

Luminoso

Verifica effettuata da: *Personale Tecnico o ditta esterna*

Periodicità della Verifica: *semestrale*

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Not
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		

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° 2A

ESTINTORI PORTATILI

Tipologia di estintori: a polvere CO₂

Sorveglianza effettuata da: *Addetti all'emergenza*

Periodicità della Verifica: *settimanale*

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> 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

NOTE

Scheda n° 2B (A CURA DI DITTA INCARICATA)

VERIFICA PERIODICA ESTINTORI

Rif. : D.P.R. 547/55 – Lgs. 626/94 – 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
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. : D.P.R. 547/55 – Lgs. 626/94 – 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
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. : D.P.R. 547/55 – Lgs. 626/94 – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2

Ditta incaricata:.....

Data verifica:.....Personale incaricato della verifica:.....

Scheda n° 3 Dotazione: n°.....estintori a CO₂; n°.....estintori a polvere

ESITO DELLA VERIFICA

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva		Note
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. : D.P.R. 547/55 – Lgs. 626/94 – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2

Ditta incaricata:.....

Data verifica:.....Personale incaricato della verifica:.....

Scheda n° 4 Dotazione: n°.....estintori a CO₂; n°.....estintori a polvere

ESITO DELLA VERIFICA

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva		Note
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° 3A**RETE IDRICA ANTINCENDIO**Tipologia di impianto: idranti naspiVerifica effettuata da: *Addetti all'emergenza*Periodicità della Verifica: *settimanale*

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

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

NOTE

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
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> 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 SPEGNIMENTO AUTOMATICO

Tipologia di impianto: spegnimento automatico

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		
13				__ Positivo __ Negativo		
14				__ Positivo __ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: effettuare una prova di funzionamento

NOTE

Scheda n° 5A

PORTE ED ELEMENTI DI CHIUSURA CON CARATTERISTICHE REI E USCITE DI SICUREZZA

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

Verifica effettuata da: *Addetti all'emergenza*

Periodicità della Verifica: *giornaliera*

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> 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° 5B

PORTE ED ELEMENTI DI CHIUSURA CON CARATTERISTICHE REI E USCITE DI SICUREZZA

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

Verifica effettuata da: **Personale tecnico *Ditta esterna***

Periodicità della Verifica: ***semestrale***

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verifica funzionalità

NOTE

Scheda n° 6A

IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Tipologia di impianto: *Plafoniere autonome autoalimentate*

Verifica effettuata da: *Addetti all'emergenza*

Periodicità della Verifica: *settimanale*

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> 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° 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	Reponsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> 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 (sganciare l'interruttore generale (o l'interruttore dell'impianto illuminazione di emergenza));

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: *settimanale*

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

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

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	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

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

NOTE

Scheda n° 8A

INTERRUTTORI DIFFERENZIALI

Tipologia di impianto: *impianto elettrico*

Verifica effettuata da: *Addetti all'emergenza*

Periodicità della Verifica: *settimanale*

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare mediante il tasto di prova (TEST) il funzionamento degli interruttori differenziali. In caso di mancato intervento, provvedere a fare effettuare la sostituzione.

NOTE

Scheda n° 8B

INTERRUTTORI DIFFERENZIALI E INTERRUTTORE GENERALE SGANCIO EMERGENZA

Tipologia di impianto: *Impianto elettrico*

Verifica effettuata da: *Personale tecnico o ditta esterna*

Periodicità della Verifica: *semestrale*

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> 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° 9A**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: **settimanale**

	Data	Ora	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
11				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
12				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
13				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
14				<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: Verificare il contenuto della cassetta di pronto soccorso rispetto a quanto riportato nell'elenco fornito in dotazione e delle date di scadenza dei prodotti. Eventualmente provvedere alla sostituzione di quelli scaduti o integrare con quelli mancanti.

NOTE

Scheda di segnalazione verifica negativa per richiesta intervento

Spett.le
Datore di Lavoro/Preposto

e p.c. al RSPP

Con la presente, lo scrivete _____, in qualità di addetto all'emergenza presso codesta unità produttiva, nel corso di effettuazione delle verifiche periodiche previste, ha riscontrato un mancato o non corretto funzionamento dell'impianto segnalato nella tabella seguente.

Per cui si richiede un intervento tempestivo di ripristino o l'adozione di soluzione di sicurezza con equipollente efficacia di tutela.

(N. B. 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 una "X" la verifica che ha avuto esito negativo	Note (facoltative per l'indicazione del malfunzionamento riscontrato)	Data 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			

Sciaccia li _____

Firma

Istituto Istruzione Secondaria e Superiore "Don Michele Arena"
Via V.Nenni - 92019 Sciacca (AG)

VERBALE PROVA DI EVACUAZIONE

L'esito della prova è stato Positivo
 Negativo

L'edificio è stato evacuato in un tempo totale di	
---	--

Note e/o osservazioni

Elementi di dettaglio della prova

Il sistema di allarme ha funzionato correttamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Note
La segnaletica è sufficiente e adeguata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Note
Le uscite ed i cancelli sono perfettamente fruibili e si aprono senza problemi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Note
Le vie di esodo sono agevolmente percorribili	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Note
L'impianto di illuminazione di emergenza funziona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Note
al termine della prova è stata eseguita correttamente la verifica delle presenze	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Note

_____, li _____

Il Responsabile addetto alla gestione dell'emergenza

N.B. In caso di problemi rilevanti emersi durante la prova, trasmettere il presente verbale al Datore di Lavoro/Dirigente

IDENTIFICAZIONE EVENTUALI AZIENDE INCARICATE DELLE MANUTENZIONI

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 _____