



Oggetto dell'appalto: **SERVIZIO DI FRONT OFFICE E BACK OFFICE PER GLI UFFICI CUP-TICKET**

DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE N.7 DI CARBONIA

Richiedente: DIREZIONE GENERALE.

Parte da compilarsi a cura del Gestore

Compilatore del Modulo: Dr. Carlo Murru

Contrassegnare la casella corrispondente alla tipologia di appalto:

- mera fornitura senza installazione (no rischi interferenti);
- servizio per il quale non è prevista l'esecuzione all'interno dell'Azienda Sanitaria (si intende per "interno" tutti i locali/luoghi messi a disposizione dalla stessa per l'espletamento del servizio, anche se non sede dei propri uffici) (no rischi interferenti);
- servizio di natura intellettuale, anche se non effettuato presso l'Azienda Sanitaria (no rischi interferenti);
- l'appalto **non rientra** in una delle tipologie sopra riportate: occorre quindi compilare il seguente questionario:

N.	INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI DA INTERFERENZA	SÌ	NO
1	ESECUZIONE ALL'INTERNO DEL LUOGO DI LAVORO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ESECUZIONE ALL'ESTERNO DEL LUOGO DI LAVORO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	ESECUZIONE DURANTE ORARIO DI LAVORO DI PERSONALE DELLA SEDE O DI UTENTI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	PREVISTO UTILIZZO DI ATTREZZATURE / MACCHINARI PROPRI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	PREVISTO UTILIZZO SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	PREVISTO UTILIZZO MATERIALI BIOLOGICI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	PREVISTA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	PREVISTA MOVIMENTAZIONE CARICHI CON AUSILIO DI MACCHINARI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	PREVISTA PRODUZIONE DI RUMORE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



10	MOVIMENTO MEZZI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	COMPRESENZA CON ALTRI LAVORATORI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	RISCHIO SCIVOLAMENTI (PAVIMENTI SCALE)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	PREVISTO UTILIZZO e/o TRASPORTO DI LIQUIDI INFIAMMABILI / COMBUSTIBILI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	PRESENZA DI PUBBLICO NELLA SEDE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	I LAVORATORI DELLA DITTA INCARICATA UTILizzeranno I SERVIZI IGIENICI DEL LUOGO DI LAVORO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	I LAVORATORI DELLA DITTA INCARICATA AVRANNO A LORO DISPOSIZIONE SPAZI QUALI DEPOSITI / SPOGLIATOI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	ESISTONO PERCORSI DEDICATI PER IL TRASPORTO DI MATERIALI ATTI ALLO SVOLGIMENTO DELL'APPALTO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	ESISTONO SPAZI DEDICATI AL CARICO / SCARICO DEI MATERIALI NECESSARI ALLO SVOLGIMENTO DELL'APPALTO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	VERRANNO AFFIDATI LOCALI A DISPOSIZIONE DELL'APPALTATORE (se si specificare quali nelle note successive)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	ULTERIORI INFORMAZIONI/NOTIZIE CHE SONO INSITE NELLA LAVORAZIONE E NON SONO CONTEMPLATE NEL PRESENTE ELENCO:		

NOTE

Direttore UO Direzione Medica PP.OO. Iglesias: Dr. Carlo Murru tel. 07813922676

Data

Timbro e firma del Direttore dell'UO

**Parte da compilarsi a cura del Servizio Tecnico**

Compilatore del Modulo: _____

Contrassegnare la casella corrispondente alla tipologia di appalto:

- mera fornitura senza installazione (no rischi interferenti);
- servizio per il quale non è prevista l'esecuzione all'interno dell'Azienda Sanitaria (si intende per "interno" tutti i locali/luoghi messi a disposizione dalla stessa per l'espletamento del servizio, anche se non sede dei propri uffici) (no rischi interferenti);
- servizio di natura intellettuale, anche se non effettuato presso l'Azienda Sanitaria (no rischi interferenti);
- l'appalto **non rientra** in una delle tipologie sopra riportate: occorre quindi compilare il seguente questionario:

N.	INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI DA INTERFERENZA		SÌ	NO
1	PREVISTI INTERVENTI SUGLI IMPIANTI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	PREVISTI INTERVENTI MURARI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ALLESTIMENTO DI UN'AREA DELIMITATA (Deposito materiali, per lavorazioni, ...)	All'interno della sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		All'esterno della sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	PREVISTA CHIUSURA DI PERCORSI O DI PARTI DI EDIFICIO (se sì indicare nelle note le soluzioni alternative e le precauzioni prese)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	PREVISTA UTILIZZO / INSTALLAZIONE DI PONTEGGI, TRABATTELLI, PIATTEFORME ELEVATRICI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	PREVISTO UTILIZZO DI FIAMME LIBERE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	PREVISTA PRODUZIONE DI POLVERI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	PREVISTE INTERRUZIONI NELLA FORNITURA (se sì indicare nelle note le soluzioni alternative e le precauzioni prese)	Elettrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Rete dati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		Linea Telefonica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	PREVISTA TEMPORANEA DISATTIVAZIONE DI SISTEMI ANTINCENDIO (se si indicare nelle note le soluzioni alternative e le precauzioni prese)	Rilevazione fumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Allarme Incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Idranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sistemi spegnimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	PREVISTA INTERRUZIONE (se si indicare nelle note le soluzioni alternative e le precauzioni prese)	Riscaldamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Rinfrescamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	PRESENTE RISCHIO DI CADUTA DALL'ALTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	PRESENTE RISCHIO DI CADUTA DI MATERIALI DALL'ALTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	L'EDIFICIO NEL QUALE SI INTERVIENE E' SOGGETTO A C.P.I.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	EDIFICIO DOTATO DI DIREZIONI DI FUGA CONTRAPPOSTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	EDIFICIO DOTATO DI SISTEMI DI RILEVAZIONE ED ALLARME		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	EDIFICIO DOTATO DI LUCE DI EMERGENZA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	GLI INTERVENTI COMPORTANO RIDUZIONE TEMPORANEA DELL'ACCESSIBILITA' PER UTENTI DIVERSAMENTE ABILI (se si indicare nelle note le soluzioni alternative e le precauzioni prese)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	ULTERIORI INFORMAZIONI/NOTIZIE CHE SONO INSITE NELLA LAVORAZIONE E NON SONO CONTEMPLATE NEL PRESENTE ELENCO:			
NOTE				

Direttore UO: _____ tel. _____

Data

Timbro e firma del Direttore dell'UO

**Parte da compilarsi a cura del Servizio Prevenzione e Protezione**

Compilatore del Modulo: _____

Alla luce delle informazioni rese, si attesta (barrare la casella di interesse):

 l'insussistenza di rischi da interferenza. la sussistenza di rischi da interferenza, in relazione ai quali si prescrive di adottare i seguenti accorgimenti, finalizzati ad eliminare o ridurre al minimo il rischio:

E' necessaria l'effettuazione della riunione di ulteriore coordinamento: SI NO **CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA**

Il presente documento è redatto sulla base delle informazioni fornite dal Servizio competente e fa riferimento a condizioni ovviamente non ancora in essere; nella redazione dello stesso è stata posta la massima cura ed attenzione, ciò nonostante non può essere esclusa la necessità di rivalutazione in caso di aggiornamenti legislativi o in caso di variazione delle condizioni di lavoro come sopra descritte.

Chiunque rilevi tali variazioni o semplicemente osservi rischi non evidenziati nel presente documento è tenuto a darne immediata notizia al RUP.

Data

Timbro e firma del RSPP

Parte da compilarsi a cura del Servizio Acquisti

Compilatore del Modulo: _____

Alla luce delle informazioni rese, si valutano i seguenti costi per l'eliminazione o riduzione dei rischi interferenti:

Data

Timbro e firma del Responsabile SA
