**REGISTRO dei CONTROLLI PERIODICI**

**P**

**R**

**C**

## REDATTOAISENSIEPERGLIEFFETTIDEIDECRETIMINISTERIALI DEL26AGOSTO1992EDEL10MARZO1998.

SONOESCLUSIICONTROLLIESEGUITIDALL’ENTELOCALE PROPRIETARIODELL’IMMOBILE.

* **CONTROLLO MENSILE FUNZIONALITA’ LUCI DIEMERGENZA**
* **CONTROLLO MENSILE DEGLI INTERRUTTORIDIFFERENZIALI**
* **CONTROLLO MENSILE INTEGRITA’ MEZZIESTINGUENTI**
* **CONTROLLO MENSILE CONTENUTO CASSETTE DIP.S.**
* **CONTROLLO MENSILE FUNZIONALITA’SIRENA**
* **CONTROLLO MENSILE FUNZIONALITA’D.A.E.**
* **CONTROLLO SEMESTRALE ATTREZZATUREPALESTRA**
* **CONTROLLO SEMESTRALE ELEMENTISOSPESI**
* **CONTROLLO SEMESTRALE CARTELLONISTICA ESEGNALETICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **ISTITUTO :** |  |
| **PLESSO :** |  |
| **PERIODO DAL :** | **/ /20** | **AL :** | **/ /20** |

MODELLO REV. 4.0

Redattoacuraenegliufficidi:

STUDIO AG.I.COM. S.R.L.UNIPERSONALE

ViaXXVAprile,12-20070SANZENONEALLAMBRO(MI)

Tel. 02 90601324 Fax 02 700527180info@agicomstudio.it

[www.agicomstudio.it](http://www.agicomstudio.it/)

# Prove illuminazione di sicurezza (Mensile)

Iltestconsistenelsezionarel’alimentazioneelettricaamontedelcircuitolucidiemergenza(all’internodelquadro elettricogeneraleodizona)enell’effettuareilgirodiverificapercontrollarnelacorrettaaccensioneelafunzionalitàdiTUTTE lelucidiemergenza.IltestvieneeffettuatoabbassandoTUTTIgliinterruttorichealimentanolelucidiEmergenzainTUTTIi quadrielettrici,verificandodivoltainvoltalafunzionalitàdiTUTTElelucidiemergenzadiTUTTElearee.

Nellenonconformitàdevonoesserespecificatilatipologiaelaposizionedellalucediemergenzainavaria. Ilrisultatoèriportatoglobalmentepertutteleplafonierenell’appositascheda.

EventualenonconformitàdeveessereimmediatamentesegnalatealDatorediLavoroinformascritta,allegandocopiadella paginadelpresenteregistrooveèannotatalastessa.

In particolare occorre verificare :

* cheognilampadadiemergenzasiaccenda
* cheognisegnalazioneluminosadiemergenzasiaccenda
* chel’intensitàdell’illuminazionesiaadeguata

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

# Prove interruttori differenziali (Mensile)

Iltest,chepuòesseresvoltocontemporaneamentealcontrollodellafunzionalitàdell’illuminazionedi sicurezza,consistenellapressionedeltastoidentificatoconlalettera“T”diTESTodallascrittaestesa“TEST”.

Gliinterruttoridifferenzialidaprovaresonotuttiquelliinstallatineiquadrielettrici,occorreannotarenellatabellacheseguegli interruttoriche,allapressionedeltasto,nondovesseroscattare.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Verifica Presidi Antincendio: Estintori ed Idranti (Mensile)

### Laverificavisivadegliestintorivieneeseguitamensilmenteenondeveessereconfusaconquellaeseguitada personale tecnicosemestralmente.

Consiste nel controllare di ogni singolo estintore:

* Presenza,Correttoposizionamento,Integrità.
* Segnaletica,Cartellinoverificasemestrale.

Il risultato dei controlli è riportato nell’apposita scheda per l’insieme degli estintori.

**La verifica di fruibilità dei presidi deve esse effettuata continuamente durante l’arco della giornata lavorativa.**

La verifica visiva degli idranti consiste in controlli di:

* Integritàdellacolonnina,delsottosuolo,dellapresaamuro,degliattacchiAPS.
* Constatarechegliidrantisianofacilmenteraggiungibilienonadaccessoostacolato.
* Presenza,integritàlanciaemanichetta,PresenzaSegnaletica.
* Pergliidrantiamuroverificarechelemanichettesianocollegatealrubinettoeallalancia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

**Verifica Cassetta Primo Soccorso (Mensile)**

Laverificaconsistenelcontrollodelcontenutodellacassettaedellascadenzadeimedicinalicontenuti,secondo l’elencodiriferimentocontenutonelD.M.388/2003.

Lacassettadevecontenerenotaconl’elencodelcontenutoel’annotazionedellascadenzadeifarmaci.Senon presentedeveesserepredispostadall’incaricato.

Il risultato dei controlli è riportato nell’apposita scheda per TUTTE le cassette.

**ALLEGATO - D.M.15.07.2003**

**CONTENUTO MINIMO DELLA CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO**

1. Guanti sterili monouso (5paia).
2. Visieraparaschizzi.
3. Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro(1).
4. Flaconi di soluzione fisiologica ( sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml(3).
5. Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole(10).
6. Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole(2).
7. Teli sterili monouso(2).
8. Pinzette da medicazione sterili monouso(2).
9. Confezione di rete elastica di misura media(1).
10. Confezione di cotone idrofilo(1).
11. Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso(2).
12. Rotoli di cerotto alto cm. 2,5(2).
13. Un paio diforbici.
14. Lacci emostatici(3).
15. Ghiaccio pronto uso (dueconfezioni).
16. Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari(2).
17. Termometro.
18. Apparecchio per la misurazione della pressionearteriosa.

(I numeri tra parentesi indicano le quantità)

**(\*)All’utilizzo di materiale della cassetta quanto mancante deve essere immediatamente rimpiazzato.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Verifica funzionamento allarme antincendio (Mensile)**

La sorveglianza della funzionalità del sistema di diffusione dell’ordine di evacuazione consiste nella esecuzione, con frequenza mensile, dei seguenti accertamenti:

Dopo aver volutamente tolto la corrente :

* chel’impiantofunzionicomunquegrazieallabatteriatampone
* chelafrasediprovapronunciataalmicrofono(incasodifilodiffusione)siadistintamenteudibileinognilocale
* chelasirenadiallarme(incasodiallarmesonoro)siadistintamenteudibileinognilocale
* chel’allarmeluminoso(incasodisistemasonoro/visivo)siaccendaregolarmente Tutteleeventualianomalieriscontratedevonoesseresubitoeliminate.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

**Verifica funzionamento del Defibrillatore D.A.E. (Mensile)**

IlDefibrillatoresemiautomaticoèunapparecchiochepermette,incasodiarrestocardiacodistimolare, medianteunascaricaelettrica,ilcuoredellapersonainpericolofinoafarloripartirescongiurandocosìle conseguenzespessomortalitipichediquestapericolosasituazione.

QuandoènecessarioutilizzareilD.A.E.,ilfattoretemposvolgeunruolodavveroimportante,èquindiessenziale che:

* siacorrettamentecollocatonellasuatecaonellasuaposizione;
* lasegnaleticaverdesiabenvisibileeconsentaditrovarloanchedall’esternodellocaleincuiècollocato;
* laspiadellabatteriasiaaccesaedicoloreverde;
* lepiastreindotazionenonsianoscadute.

Tutte le eventuali anomalie riscontrate devono essere subito eliminate.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

**Verifica Attrezzature Palestra (Semestrale)**

Laverificaconsistenelcontrollarechetutteleattrezzaturesianoinperfettaefficienza,idoneeall’usoedintegre, con particolare riferimento alle attrezzature sospese e di arrampicamento (Canestri sospesi e sistemi di sospensione,spalliere,quadrosvedese,perticheefuni,lampadediilluminazione,elementidicontrosoffitto,etc.).

EventualenonconformitàdevonoessereimmediatamentesegnalatealDatorediLavoroinformascritta,allegando copiadellapaginadelpresenteregistrooveèannotatalastessa.

La descrizione deve comprendere il nome dell’attrezzatura ed il problema riscontrato. Il risultato dei controlli è riportato globalmente nell’apposita scheda.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

**Verifica Elementi Sospesi (Semestrale)**

Laverificaconsistenelcontrollarechetuttiglioggettisospesiinterniall’edificiosianocorrettamenteancorati, conparticolareriferimentoa:

* + Venezianeinterne.
	+ Tendaggipesanti.
	+ Plafoniereparticolari.
	+ Elementi dicontrosoffitto.
	+ Oggettivari:quadri,portabandiera,insegneetc.
	+ Astebandiera,elementidirivestimentodifacciata.
	+ Cornicioninoninperfettostato,intonaciammalorati.
	+ Altrielementipotenzialmentedannosiincasodilorocaduta.

EventualinonconformitàdevonoessereimmediatamentesegnalatealDatorediLavoroinformascritta, allegandocopiadellapaginadelpresenteregistrooveèannotatalastessa.Ladescrizionedevecomprendereil nomedell’oggettoedilproblemariscontrato.

Il risultato dei controlli è riportato globalmente nell’apposita scheda.

**N.B.: eventuali non conformità o danneggiamenti riscontrati anche al di fuori delle verifiche semestrali devono essere segnalati immediatamente.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

**Verifica Cartellonistica e Segnaletica (Semestrale)**

Oltreallacartellonisticadiemergenza(verde)edantincendio(rossa),neilocaliscolasticidevonoesserepresenti:

**Inogniaula** planimetriadievacuazione+normedicomportamento+nominativoaprifilaechiudifila

**Nelregistro** ilrapportodievacuazionedellaclasseodellocale

**Atri e corridoi** divieto di fumo ed alcune copie della planimetria di evacuazione (1 ogni 200mq ca.)

**Vicinoaltelefono** schemadellachiamatadiemergenza

### E’auspicabilechetuttalacartellonisticasiastampataacolorieplastificata. Ilrisultatodeicontrollièriportatoglobalmentenell’appositascheda.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | NON CONFORMITA’ | Firma |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |
| *…/…../……* |  |  |