

**CHECK LIST PER LA VERIFICA DEL RISPETTO DEI PRINCIPALI OBBLIGHI
DOCUMENTALI E DI ORGANIZZAZIONE DELLA SICUREZZA**

(Audit interno a cura del Datore di Lavoro. Non sostituisce la valutazione dei rischi aziendale)

Ditta _____

Telefono _____ fax _____

Datore di lavoro _____

Data _____

VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE INERENTE LA SICUREZZA ED IGIENE DEL LAVORO

PUNTO	Documentazione	RISPOSTA	
1.	<i>Certificato di abitabilità/ agibilità dei locali in riferimento all'attività specifica rilasciata dal Comune</i>	SI ☐	NO ☐
2.	<i>Autorizzazione sanitaria</i>	SI ☐	NO ☐
3.	<i>Autorizzazione uso di locali sotterranei o seminterrati (art. 65 D.Lgs. 81/08 s.m.i.)</i>	SI ☐	NO ☐
4.	<i>Progetto impianto elettrico per Locali ad uso medico (Norma CEI 64/4 – 64/8 sez. 710)</i>	SI ☐	NO ☐
5.	<i>Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico, completa degli allegati obbligatori (L. 46/90 – D. 37/08)</i>	SI ☐	NO ☐
6.	<i>Denuncia dell'impianto di messa a terra (comunicazione ASL(ARPA e all'ISPESL ai sensi del D.P.R. 462/01)</i>	SI ☐	NO ☐
7.	<i>Verifica periodica dell'impianto di messa a terra da parte della ASP od organismo notificato ai sensi del D.P.R. 462/01 (da fare ogni 2 anni)</i>	SI ☐	NO ☐
8.	<i>Verifiche iniziali e periodiche impianto elettrico</i>	SI ☐	NO ☐
9.	<i>Verifiche apparecchi elettromedicali</i>	SI ☐	NO ☐
10.	<i>E' stato valutato il rischio di incendio in conformità al DM 10-3-98 (basso medio, alto) ed al D.M. 18-9-02 ? Si tratta di attività sottoposta a CPI (certificato di prevenzione incendi ? Se si, esiste il CPI in corso di validità</i>	SI ☐	NO ☐
11.	<i>Registro degli infortuni vidimato</i>	SI ☐	NO ☐