**Allegato 1 – Scheda analisi iniziale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrizione organizzazione e sito** | | |
| Dati societari | sede legale, ragione sociale, Iscrizione registro Imprese, codice fiscale, partita IVA ecc. | |
| Definizione dell'organizzazione oggetto del MOG | struttura sociale, persone, | |
| Organigramma | collegamenti tra le funzioni aziendali e quelle della sicurezza (rspp, aspp, mc, rls ecc.) | |
| Procedure operative di sicurezza e salute del lavoro | se esistono | |
| **Collocazione/Descrizione dell'azienda** | | |
| Collocazione geografica e ubicazione | Indirizzo, contesto (urbano/extra), raggiungibilità ecc. | |
| Presenza di elementi significativi di interferenza circostanti | presenza di aziende a rischio incidente rilevante, scuole, ospedali ecc. se ciò può essere significativo a seguito dei processi gestiti dall'azienda | |
| Descrizione luoghi di lavoro | la struttura: superfici, piani edificio, destinazioni d'uso, numero di scale, vie d'uscita ecc. | |
| Presenza di attività lavorative interferenti (imprese in appalto, lavoratori autonomi, terziarizzazione di parte delle lavorazioni, ecc.) | Valutare se vi sono e di che tipo attività lavorative svolte da terzi che interferiscono nella attività aziendali. | |
| **Andamento incidenti, infortuni e malattie professionali** | | |
| Incidenti | | eventi correlati al lavoro, non previsti, potenzialmente pericolosi ma che non determinano danni alle persone.  Analisi dell'evento, causa, persone/cose coinvolte, eventuali ripercussioni ecc.  n. eventi, ripetibilità, confronto nei periodi lunghi/brevi, ecc. |
| Infortuni | | evento correlati al lavoro, non previsti e che hanno causato danni alle persone.  Analisi dell'evento, causa, persone/mansioni coinvolte, eventuali ripercussioni ecc.  n. eventi, ripetibilità, confronto nei periodi lunghi/brevi, ecc. |
| Malattie professionali | | malattie causate dalla attività lavorativa (patologie, esposizione, rischi collegati, periodo di esposizione ecc.).  n. malattie, periodo di interesse, mansioni coinvolte, processo coinvolto, ecc. |
| Emergenze | | eventi inaspettati e imprevedibili che determinano condizioni di percolo grave ed immediato (ad esempio incendi, eventi sismici, fughe di sostanze pericolose, ecc.).  Analisi dell'accaduto, cause, danni, persone/cose coinvolte, tempi, ripristino condizioni regolarità ecc.  n. eventi, ripetibilità, tempi, ripristino, mancanza di procedure, procedure non corrette ecc. |

**Allegato 2 – Piano di miglioramento – Modulo pianificazione obiettivi e attuazione della politica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| POLITICA | OBIETTIVI | AZIONI | INDICATORI | PRIORITÀ INTERVENTO\* | COSTI | TEMPI | RESPONSABILE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*: stabilire una graduatoria degli interventi, dal più urgente al meno urgente.

\*\*Indicatori

\* **INDICATORE**: Indice che permette di monitorare il livello di raggiungimento dell’obiettivo (es. abbattimento livello esposizione, rispetto tempi realizzo misure prevenzione/protezione, percentuale abbattimento n. infortuni, percentuale avvenuta formazione, fornitura DPI ecc.) o indicatore di prestazione di cu son riportati in calce alcune esemplificazioni

\*\* **PRIORITA’ INTERVENTO**: simbologia o tempi (es. 1, 2, 3 ecc. numero mesi) che esprimano una scaletta di importanza per la realizzazione della relativa AZIONE.

Ai soli fini del presente documento per indicatore si intende un parametro capace di misurare sinteticamente il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali; gli indicatori contribuiscono alla valutazione che l’Alta direzione effettua sul MOG anche in fase di riesame: ad esempio percentuali, rapporti, coefficienti eccetera.

A titolo esemplificativo si elencano possibili indicatori per il sistema:

* PIANIFICAZIONE

Obiettivi realizzati rispetto a obiettivi pianificati

Percentuale di realizzazione degli obiettivi rispetto al tempo pianificato

* FORMAZIONE INFORMAZIONE ADDESTRAMENTO

N° interventi formativi pianificati/realizzati:

* per ruolo/figura professionale e livello di rischio
* per figure incaricate di attività/verifiche nell’ambito del SG
* rispetto a assunzioni/cambi ruolo/trasferimenti del personale
* rispetto ai cambiamenti legislativi/tecnici/strutturali/organizzativi

Statistiche sulle verifiche di apprendimento e sulle valutazioni degli interventi formativi/informativi/addestrativi

* MANUTENZIONE

Numero di guasti imprevisti

Tempi di fermo impianti per guasti su ore di funzionamento

* VALUTAZIONE DEI RISCHI

Tempo di eventuale adeguamento della VDR rispetto a cambiamenti previsti (strutturali/organizzativi/procedurali /legislativi, eccetera) e imprevisti (incidenti, infortuni, eccetera)

Numero eventi negativi per rischi non valutati adeguatamente nella VDR

Numero di quasi infortuni o quasi incidenti rilevati o malfunzionamenti che potrebbero avere impatto diretto sulla salute e sicurezza delle persone

* COMUNICAZIONE/COINVOLGIMENTO

Rispetto delle scadenze delle riunioni periodiche

Segnalazioni trasmesse dal personale/Suggerimenti migliorativi forniti dal personale

Percentuale di risposte fornite al personale rispetto alle segnalazioni e ai suggerimenti

* MONITORAGGIO

Misure effettuate rispetto a quelle pianificate.

* INFORTUNI e MALATTIE PROFESSIONALI

Numero infortuni e malattie professionali (MP).

Indice di gravità

Indice di frequenza

Indice di assenza media per infortuni ed MP

Numero di infortuni e danni alla salute dei lavoratori sottoposti ad analisi delle cause rispetto al totale

Completezza delle registrazioni dei dati relativi agli infortuni

Numero di dichiarazioni del Medico Competente/ASL di inidoneità alla mansione specifica (permanenti, temporanee, con limitazioni)

* EMERGENZE

Prove di emergenza svolte rispetto a quelle pianificate

Tempi e costi delle revisioni del piano di emergenza a seguito delle prove di evacuazione

* INCIDENTI

Numero incidenti

Indice di frequenza incidenti

Numero di indagini eseguite dall’azienda per individuare le cause degli incidenti avvenuti sul totale

* NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE

Numero e frequenza delle non conformità rilevate

Costi associati alle non conformità (per danni diretti e indiretti, trattazione e correzione)

Tempi di apertura e chiusura delle Azioni Correttive

Valutazione di efficacia delle Azioni Correttive

* RIESAME

Rispetto scadenze riunioni di riesame pianificate

Completezza della documentazione

Assenza di persone o funzioni convocate.

**Allegato 3 – Elenco normativa applicabile**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Riferimento normativo | Contenuto/materia | Funzione aziendale interessata | Responsabile aggiornamento e diffusione | Ultima verifica aggiornamento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Allegato 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SCHEDA MANUTENZIONE MACCHINA | | | | | |
| TIPOLOGIA DI MACCHINA: MARCA: MOD. MATR | | | | | |
| Intervento effettuato | Parti eventualmente sostituite | Data dell’intervento | Firma del manutentore | Data prossimo intervento | NOTE |
| …………………………  …………………………  …………………………  …………………………  ………………………… | ……………  ……………  ……………  ……………  ………… | ……………  ……………  ……………  ……………  ……………….. | ……………  ………………  ………………  ………………  ……………… | ………  ………  …………  ………  ………… | ………………  ………………  ………………  ………………  ……………… |
| …………………………  …………………………  …………………………  …………………………  ………………………… | ……………  ……………  ……………  ……………  ………… | ……………  ……………  ……………  ……………  ……………….. | ……………  ………………  ………………  ………………  ……………… | ………  ………  …………  ………  ………… | ………………  ……………  ……………  ……………  …………… |

**Allegato 5**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA CONSEGNA/GESTIONE DPI** | | | | | | |
| **Cognome:…………………. Nome……………….. mansione…………………….** | | | | | | |
| DPI | Data consegna   * a seguito di formazione * a seguito di addestramento, in ogni caso, per i DPI di terza categoria e per gli otoprotettori | Firma del lavoratore | Data prossima consegna (ove prevista)[[1]](#footnote-1) | Riservato a DPI di terza categoria  ai sensi del decreto legislativo 4 dicembre 1992 n.457 | | |
| Intervento di manutenzione effettuato | Firma del manutentore | Data prossimo intervento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Allegato 6 - Programma annuale di formazione, informazione e addestramento**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO** | | | **ARGOMENTO** | | **DESTINATARI/MANSIONI (riportare anche il numero)** | **DURATA**  **(h)** | **DATA/PERIODO** | **Soggetto organizzatore interno/esterno** |
| **I** | **F** | **A** |  | |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  | |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  |  |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  | |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  |  |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  | |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  |  |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  |  |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  |  |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  | |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  |  |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  |  |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  |  |  |  |  |  |
| **I** | **F** | **A** |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |

I: Informazione

F: Formazione

A: Addestramento**Allegato 7 - Registro presenze partecipanti**

Registro presenze partecipanti

**Argomento/i trattato/i: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Obiettivo/i:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Durata in ore : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome – Cognome – Firma formatore/i:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Soggetto formatore interno o esterno**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsabile progetto formativo**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **FIRMA LAVORATORE** | | **GIUDIZIO APPRENDIMENTO** |
| **In entrata** | **In uscita** |
|  |  |  |  | **POSITIVO**  **NEGATIVO** |
|  |  |  |  | **POSITIVO**  **NEGATIVO** |
|  |  |  |  | **POSITIVO**  **NEGATIVO** |
|  |  |  |  | **POSITIVO**  **NEGATIVO** |
|  |  |  |  | **POSITIVO**  **NEGATIVO** |
|  |  |  |  | **POSITIVO**  **NEGATIVO** |
|  |  |  |  | **POSITIVO**  **NEGATIVO** |

**Allegato 8 - Scheda formazione/informazione/addestramento lavoratore**

**SCHEDA FORMAZIONE/ INFORMAZIONE E ADDESTRAMENTO DEL LAVORATORE**

**DATA DI AGGIORNAMENTO SCHEDA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOME E COGNOME DEL LAVORATORE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Corso seguito/Seminario/convegno/**  **documentazione consegnata** | **Numero ore** | **data** | **Note** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Allegato 9 - Registro addestramento lavoratore**

**REGISTRO ADDESTRAMENTO LAVORATORE**

Data:

Lavoratore: Nome Cognome

Mansione Lavorativa: Reparto:

indicare la tipologia: Durata: giorni/ore:

Addestramento in ordine a: utilizzo di DPI

utilizzo di attrezzatura/e

utilizzo di strumento/i

utilizzo di impianto/i

utilizzo di sostanza/e

utilizzo di macchine

……………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

svolgimento delle operazioni di:

Il lavoratore ha superato positivamente la verifica e risulta ora competente a svolgere l’attività di:

Firma Lavoratore Firma dell’addestratore

**Allegato 10 - Elenco documentazione obbligatoria**

**ELENCO DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA**

| **Documentazione** | **Scadenza/rinnovo** | **Incaricato gestione** | **Note** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Allegato 11 – Modulo rilevazione: situazione pericolosa – incidente – non conformità**



AC: azione correttiva

AP: azione preventiva

**Allegato 12 - Modulo rilevazione infortunio**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI INFORTUNATO** | | | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| Nome |  |  | | | Cognome | | | |  | mansione | |  |  | |  |
| **Indossava i DPI?** | SI **□** | quali?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | NO □ | | NON PREVISTI □ | | | |
| **DATI INFORTUNIO** | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Data | Ora | Reparto/luogo/posizione | | | | |  | | Macchina/attrezzatura/Impianto | | | | | |  |
| **Persone presenti**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIZIONE EVENTO:** | | | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| **(parte del corpo interessata)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caduto da | **□** | Si è punto | | | **□** | | Schiacciato da | | **□** | Urtato da | | **□** | Esposto a | | **□** |
| Caduto in piano | **□** | Si è tagliato | | | **□** | | Travolto/investito da | | **□** | Punto da | | **□** | A contatto | | **□** |
| Ha urtato contro | **□** | Si è colpito con | | | **□** | | Impigliato/agganciato | | **□** | Tagliato da | | **□** | Ha inalato | | **□** |
| Ha calpestato | **□** | Movimento scoord. | | | **□** | | Sforzo eccessivo | | **□** | Piede male | | **□** | Ha ingerito | | **□** |
| Dove e come? | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eventuali comportamenti pericolosi | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Possibili cause | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inviato al Pronto Soccorso **□** | | | | | Medicato in Azienda **□** | | | | | certificato medico successivo **□** | | | | | |
| **DATI COMPILATORE** | | | | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
| Nome |  | Cognome | | |  | mansione | |  | |  | firma | | |  |  |
| **AZIONI DA INTRAPRENDERE** | | | | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
| Azioni |  |  | | |  | Correttive/Preventive | | Responsabili di attuazioni | | | Data | | | Sigla |  |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **DATI COMPILATORE** | | | | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | | | | | |  | |  | | |
| Nome |  | Cognome | | |  | RSPP/D.L. | | |  |  | Firma | | Data | |  |
| Presa visione RLS/RLST | | | | | | | | | Firma | | | | | | |

**Allegato 13 - Piano di Monitoraggio**

**PIANO MONITORAGGIO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obiettivo/elemento da verificare** | **Indicatore** | **Modalità di controllo** | **Periodicità** | **Addetto al controllo** | **Firma/Data** | **Esito della verifica** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  | □ positivo □ negativo |  |
|  |  |  |  |  |  | □ positivo □ negativo |  |
|  |  |  |  |  |  | □ positivo □ negativo |  |
|  |  |  |  |  |  | □ positivo □ negativo |  |
|  |  |  |  |  |  | □ positivo □ negativo |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Allegato 14 – Programma degli/dell’audit interno**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **attività**  **soggetta a audit** (intera azienda, unità produttiva, cantiere, ecc.) | **obiettivo** | **Responsabile dell’audit**  **auditor** | **Data** | **note** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| Approvato dal DL/incaricato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma …………………………………….. | | | | | |

**Allegato 15 – Piano di audit**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| AZIENDA …………………………….. PIANO DELL’AUDIT dell’unità produttiva: …………………………………………….  Date di svolgimento: ………………………… | | | | |
| OBIETTIVI:   * Verificare il sistema aziendale per l’adempimento degli obblighi giuridici in materia di SSL * Verificare la conformità nell’applicazione di disposizioni interne in materia di SSL. * Verificare la rispondenza ai requisiti del MOG | | | | |
| ESTENSIONE:   * l’audit si svilupperà a tutti i luoghi e per tutte le attività dell’unità produttiva, ivi comprese quelle affidate a Ditte esterne, che ricadono sotto l’area di responsabilità dell’organizzazione stessa. * L’audit si svilupperà su una parte dei luoghi di lavoro:………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| PERSONE COINVOLTE: NOMINATIVI   * DATORE DI LAVORO …………………………………….. * RSPP (SE NECESSARIO) …………………………………….. * RLS/RLST (SE NECESSARIO) ……………………………………... * MEDICO COMPETENTE (SE NECESSARIO) …………………………………….. * DIRIGENTI (SE NECESSARIO) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… * PREPOSTI (SE NECESSARIO) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | |
| DOCUMENTI DI RIFERIMENTO:   * NORME DI LEGGE vigenti in materia di SSL; * MOG * EVENTUALI STANDARD DI RIFERIMENTO: * BS OHSAS 18001 * Linee Guida SGSL – UNI 2001   + UNI EN ISO 19011. | | | | |
|  | **NOMINATIVO** | | | **Struttura di appartenenza** |
| Responsabile del gruppo di audit |  | | |  |
| Auditor |  | | |  |
| UNITÀ ORGANIZZATIVE E PROGRAMMA DELLA VERIFICA: la verifica sarà effettuata in tutti i luoghi e per tutte le attività dell’Unità Produttiva secondo la stima temporale riportata nella tabella che segue; la tempistica indicata potrà subire modifiche in fase di esecuzione, in funzione dell’evolversi delle attività di verifica e delle necessità che potrebbero emergere. | | | | |
| **AREA/ATTIVITA’** | **ORA** | **PERSONE dell’azienda COINVOLTE** | | **AUDITOR** |
| 1° GIORNATA | | | | |
| Riunione di apertura |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Pausa pranzo |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Riunione di chiusura |  |  | |  |
| Eventuale seconda giornata di audit | | | | |
| Ora di avvio |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Pausa pranzo |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Riunione di chiusura |  |  | |  |
| IL RESPONSABILE DEL GRUPPO DI AUDIT(se presente)  …………………………………………. | | | AUDITOR  …………………………………………. | |

**Allegato 16 – Verbale di audit**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Azienda:** | | | **Data:** | **Verbale n:** | | | |
| **N°** | **attività CONTROLLATA** | | **DIFFORMITà RISCONTRATA** | **RESPONSABILE** | **RAPPORTO nc numero** | **auditor** | **annotazioni** |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| **Giudizio sul grado di funzionamento del MOG nell’unità auditata**: | | | | | | | |
| **Si allega copia del piano di audit ed i rapporti di NC** | | Auditor/ Responsabile gruppo di auditor: NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| FIRMA DEL DL/o suo incaricato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ……………………………………….. | | | | | | | |

**Allegato 17 – Riesame periodico del modello organizzativo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIESAME PERIODICO DEL MOG 1/3** | | | |
| DATA: | | Presenti | Firma |
| Note: | | DL |  |
| RSPP |  |
| MC (ove nominato) |  |
| OdV |  |
| DIRIGENTE |  |
|  |  |
|  |  |
| **Risultati del monitoraggio interno con riferimento al grado di raggiungimento degli obiettivi** | | | |
| Esiti/Problematiche |  | | |
| Documentazione di supporto |  | | |
| Decisioni |  | | |
| **Esiti delle azioni intraprese nel precedente riesame e la loro efficacia** | | | |
| Esiti/Problematiche |  | | |
| Documentazione di supporto |  | | |
| Decisioni |  | | |
| **Dati sugli infortuni e malattie professionali** | | | |
| Esiti/Problematiche |  | | |
| Documentazione di supporto |  | | |
| Decisioni |  | | |
| **Relazioni del Medico Competente (se nominato)** | | | |
| Esiti/Problematiche |  | | |
| Documentazione di supporto |  | | |
| Decisioni |  | | |
| **Pericoli e valutazione dei rischi** | | | |
| Esiti/Problematiche |  | | |
| Documentazione di supporto |  | | |
| Decisioni |  | | |
| **Esiti delle analisi delle cause di incidenti, situazioni pericolose o eventuali situazioni di emergenza** | | | |
| Esiti/Problematiche |  | | |
| Documentazione di supporto |  | | |
| Decisioni |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **RIESAME PERIODICO DEL MOG 2/3** | |
| **Rapporti sulle prove di emergenza** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| **Realizzazione e risultati delle azioni correttive e preventive del modello intraprese** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| **Informazioni sulla consultazione e coinvolgimento dei lavoratori** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| **Rapporti sulla formazione e addestramento effettuati** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| **Risultati di eventuali esiti di audit esterni (seconda o terza parte)** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| **Violazioni significative delle procedure del modello organizzativo** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| **Risultati dell’audit interno** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| **Report o segnalazioni da parte dell’OdV** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RIESAME PERIODICO DEL MOG 3/3** | |
| * **(FACOLTATIVO). Cambiamenti organizzazione: (nuove lavorazioni, personale, contratti, nuove leggi, novità in relazione al progresso scientifico e tecnologico ecc)** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| * **(FACOLTATIVO). Scelta, gestione, efficacia DPI** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| * **(FACOLTATIVO). Sorveglianza sanitaria** | |
| Esiti/Problematiche |  |
| Documentazione di supporto |  |
| Decisioni |  |
| **Validità della politica di SSL** | Indicare se confermato o indicare le modifiche allegando nuova versione |
| **Ulteriori decisioni intraprese** |  |
| **Documenti di OUTPUT** | * Programma di miglioramento (Allegato 2) * Programma annuale di formazione (Allegato 6) |
| Altro |  |

**Allegato 18 – Riunione periodica**

**RIUNIONE PERIODICA**

**Data riunione: Durata riunione:**

**Firma del datore di lavoro (o suo rappresentante)……………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partecipanti** | **Nome e Cognome** | **Convocato** | **Presente**  **(SI/NO)** | **Firma** |
| RSPP |  | SI |  |  |
| RLS/RLST |  | SI |  |  |
| MC (ove nominato) |  | SI |  |  |
| Dirigente |  | SI - NO |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARGOMENTI TRATTATI ex art. 35 D.lgs.: 81/08** | **INTERVENTI:** | **PROBLEMI EMERSI:** | **CONCLUSIONI:** |
| **documento di valutazione dei rischi** |  |  |  |
| **andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria** |  |  |  |
| **criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l’efficacia dei dispositivi di protezione individuale** |  |  |  |
| **programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute** |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Salvo consegna anticipata per anomalie o usura dei DPI [↑](#footnote-ref-1)