

# CHECKLIST COMPILABILE

## Dati generali

Campo	Compilare
Reparto / Area	_____
Data	____ / ____ / ____
Operatore	_____
Supervisore	_____

---

## Verifica DPI

Controllo	OK	NO	Note
1. Utilizzo dei DPI obbligatori (casco, guanti, occhiali, scarpe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Integrità visiva dei DPI (tagli, abrasioni, usura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Guanti adeguati alla mansione (taglio, chimici, termici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Sostituzione DPI usurati necessaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

---

## Ambiente di lavoro

Controllo	OK	NO	Note
5. Area libera da ostacoli e rischi di inciampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Pavimenti asciutti, non scivolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Segnaletica presente e visibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Uscite di emergenza libere e accessibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

---

## Procedure operative

Controllo	OK	NO	Note
9. Macchinari e utensili utilizzati correttamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Manuali e istruzioni disponibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Presenza di eventuali situazioni a rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

---

 **Formazione & Sicurezza**

<b>Controllo</b>	<b>OK</b>	<b>NO</b>	<b>Note</b>
12. Formazione sicurezza aggiornata	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
13. Addestramento specifico per i DPI utilizzati	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
14. Segnalazione incidenti / near-miss registrata	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____

---

 **Firma**

**Operatore** \_\_\_\_\_

**Responsabile** \_\_\_\_\_