

ALLEGATO VALUTAZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO: CORONA VIRUS

Azienda

Sede

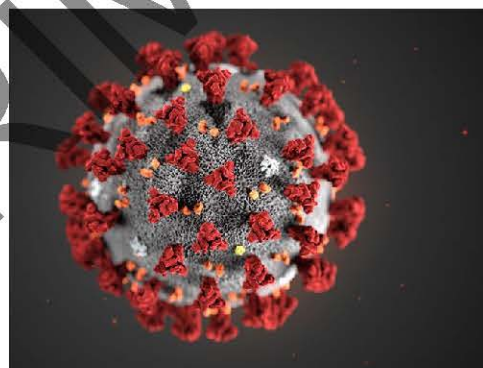
Indirizzo:

Datore di lavoro

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

Medico Competente

Rappresentante Lavoratori per la Sicurezza



Data elaborazione:



Sommario

1. DATI GENERALI DELL'AZIENDA.....	3
2. RELAZIONE INTRODUTTIVA.....	4
3. METODOLOGIA ADOTTATA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	4
4. VALUTAZIONE: RISCHIO BIOLOGICO.....	9
5. Agenti biologici	9
6. MISURE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO.....	11
7. MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO AZIENDALI.....	11
7.0 MISURE DI PREVENZIONE PER I LAVORATORI IN TRANSITO	14
DAL DOMICILIO AL POSTO DI LAVORO	14
7.1 PREVENZIONE E CONTENIMENTO PER TUTTI I LAVORATORI.....	15
8. PROTOCOLLO DI SICUREZZA ANTI-CONTAGIO	17
8.1 GESTIONE DPI	19
8.2 SORVEGLIANZA SANITARIA/MEDICO COMPETENTE/RLS.....	20
9. MISURE DI CONTENIMENTO E MITIGAZIONE STRAORDINARIE: STATO DI PANDEMIA	20
10.PROTOCOLLI DI PULIZIA E SANIFICAZIONE	21
10.1 SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI	21
11. SANIFICAZIONE AZIENDA.....	22
12. SANIFICAZIONE MERCI IN ARRIVO E POLICY DI PREVENZIONE - <i>Sanificazione merci in arrivo e reparti di produzione/logistica</i>	24
2412.0 CONDIVISIONE POLICY AI CLIENT E AI FORNITORI	25
12.1 POLICY DI PREVENZIONE MERCI IN TRANSITO	25
12.2 POLICY DI PREVENZIONE COVID-19.....	26
13. MODALITA' DI ACCESSO DEI FORNITORI ESTERNI	27
14. FONTI BIBLIOGRAFICHE	29
CONCLUSIONI.....	30

SITO:		AMBIENTE:					
RESPONSABILE:		DATA AFFISSIONE:					
Operazioni a frequenza giornaliera							
CHECK	Controllo 1	Controllo 2	Controllo 3	Controllo 4	Controllo 5	Controllo 6	Controllo 7
MESE: _____							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

Indicare con una X le operazioni eseguite

**IL PRESENTE DOCUMENTO VA STAMPATO ED AFFISSO
NELLE SALE/UFFICI/LUOGHI IN CUI SI INTENDE
MONITORARE LO STATO DELLE ATTIVITA' DI PULIZIA E
SANIFICAZIONE**

SITO:		AMBIENTE:				
RESPONSABILE:		DATA AFFISSIONE:				
Operazioni a frequenza quindicenale						
	Controllo 1	Controllo 2	Controllo 3	Controllo 4	Controllo 5	Controllo 6
CHECK						
GENNAIO						
data						
data						
FEBBRAIO						
Data						
Data						
MARZO						
Data						
data						
APRILE						
Data						
data						
MAGGIO						
Data						
data						
GIUGNO						
Data						
data						
LUGLIO						
Data						
data						
AGOSTO						
Data						
data						
SETTEMBRE						
Data						
data						
OTTOBRE						
Data						
data						
NOVEMBRE						
Data						
data						
DICEMBRE						
Data						
data						

IL PRESENTE DOCUMENTO VA STAMPATO ED AFFISSO
NELLE SALE/UFFICI/LUOGHI IN CUI SI INTENDE MONITORARE
LO STATO DELLE ATTIVITA' DI PULIZIA E SANIFICAZIONE