

Direzione Sanitaria

DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA

**U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

SEDE TERRITORIALE DI COMO.

Via Castelnuovo, 1 - 22100 COMO

Tel. 031/370441 – Fax 031/370030

[segreteria.psal.co@pec.ats-insubria.it](mailto:segreteria.psal.co@pec.ats-insubria.it); [segreteria.psal.olgiate@pec.ats-insubria.it](mailto:segreteria.psal.olgiate@pec.ats-insubria.it)

[www.ats](http://www.ats)-insubria.it

**QUESTIONARIO COVID-19 - AZIENDE TERRITORIO COMO**

Data \_\_\_/\_\_\_/2020

Ragione sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede Operativa (se diversa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P. Iva/CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipologia di attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datore di Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medico Competente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RSPP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ RLS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° dipendenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° dip. Presenti in azienda attualmente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipologia di lavoro svolto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. E’ stata fatta informazione circa le disposizioni previste dalla normativa vigente per il controllo dell’infezione da Covid-19?

Si

No

Note:

1. Se si, quale modalità è utilizzata per la diffusione

Distribuzione

Affissione

Altro ( specificare)

Note:

1. Se distribuite ad personam, c’è riscontro dell’avvenuta consegna?

Si

No

Note:

1. Ci sono controlli all’entrata dell’azienda?

Si

No

Note:

1. Ci sono altre imprese che entrano in azienda (manutentori, imp. Di pulizie..)?

Si

No

Note:

1. Se si, ricevono informazioni necessarie?

Si

No

Note:

1. Sono previsti per loro, ingressi indipendenti con orari diversi dai lavoratori dell’azienda per evitare di incontrarsi ?

Si

No

Note:

1. Sono previste procedure di carico e scarico per i fornitori affinché evitino il contatto con i lavoratori dell’azienda?

Si

No

Note:

1. Sono previsti per i lavoratori procedure da seguire in caso di sintomi da COVID-19?

Si

No

Note:

1. Sono previsti per i lavoratori procedure per informare il datore di lavoro in caso di esposizione e/o sintomi da COVID-19?

Si

No

Note:

1. E’ prevista la misura della temperatura corporea praticata all’ingresso in azienda?

Si

No

Note:

1. E’ prevista una turnazione del personale?

Si

No

Note:

1. E’ prevista una rimodulazione del livello produttivo?

Si

No

Note:

1. Sono previste modalità di accesso diverse per l’entrata e l’uscita dei lavoratori affinché evitino il contatto?

Si

No

Note:

1. Sono stati forniti ai lavoratori i necessari presidi protettivi per il contenimento dell’infezione da Covid-19?

Si

No

Note:

1. Se si, quali?

Mascherine

Guanti

Occhiali

Altro

Note:

1. La protezione individuali monouso sono sostituite giornalmente?

Si

No

Note:

1. Sono previsti idonei contenitori per lo smaltimento di materiali dismessi (rifiuti di materiale infetto cat. B)?

Si

No

Note:

1. E’ prevista la sanificazione alla fine di ogni turno dei reparti e dei locali utilizzati per la produzione ?

Si

No

Note:

1. Sulle singole posizioni attrezzature e strumenti viene fatta una pulizia / sanificazione costante?

Si

No

Note:

1. Sono stati messi a disposizione o potenziati da parte dell’azienda idonei prodotti igienizzanti per lavarsi le mani?

Si

No

Note:

1. Sono stati attivati tutti i protocolli in sintonia con le autorità sanitarie da attivare nel caso di contagiati o situazioni a rischio?

Si

No

Note:

1. E’ stato contingentato l’accesso agli spazi comuni?

Si

No

Note:

Firma :

Datore di Lavoro

RSPP

RLS

Medico competente