|  |
| --- |
| DATA EVENTO  ORA  EDIFICIO  AULA/LABORATORIO |
| È già accaduto questo near miss?  SI  NO  Il near miss ha coinvolto:  nessuna persona  1 persona  2 o più persone |
| **DESCRIZIONE SINTETICA DELL’ATTIVITÀ CHE VENIVA SVOLTA DURANTE L’EVENTO** |
| **PROBABILE CAUSA CHE HA DETERMINATO L’EVENTO:**  Illuminazione  Impianti/attrezzature/utensili non adeguati  **ALLEGATO 1**  Mancanza di procedure  mal funzionamento attrezzatura di lavoro  Disattenzione  Layout  Mancata conoscenza delle procedure operative  Postazione di lavoro non idonea  Altro |
| Si stavano impiegando agenti chimici?  SI  NO  Si stavano impiegando agenti biologici?  SI  NO  Si stavano impiegando sorgenti radiogene?  SI  NO  Se si, quali: |
| Si stava usando un’attrezzatura funzionale al lavoro?  SI  NO  Se si, quale attrezzatura di lavoro si utilizzava e a che scopo: |
| Si stava usando un’utensile funzionale al lavoro?  SI  NO  Se si, quale utensile di lavoro si utilizzava e a che scopo: |
| I sistemi di sicurezza erano in funzione?  SI  NO  Al momento del "near miss" l’operatore utilizzava i DPI previsti?  SI  NO  L'attrezzatura / Utensile era in buono stato?  SI  NO |
| **DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI AVVENIMENTO DEL “NEAR MISS”** |
| CI possono essere :   * MISURE TECNICHE (es. interventi strutturali su impianti )  SI  NO * ORGANIZZATIVE (es. orario di lavoro, organizzazione degli spazi)  SI  NO * PROCEDURALI (es. comportamento dei tecnici, dei docenti,)  SI  NO   Implementabili e utili affinchè non si ripeta il near miss?  **ALLEGATO 1**  Se si quali? |
| **IL PREPOSTO** |
| DATA COMPILAZIONE …………………………………………………………………………………………………………………  COGNOME/NOME………………………………………………………………………………………………………………………..  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA |
| **IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO o CAPO STRUTTURA** |
| DATA RICEZIONE COMUNICAZIONE ……………………………………………………………………………………………….  COGNOME/NOME………………………………………………………………………………………………………………………  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA |

**ALLEGATO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLASSIFICAZIONE DELL’EVENTO A CURA DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE EPROTEZIONE**   |  |  | | --- | --- | | **Classe di Gravità** | **Conseguenze** | | **1** | * nessun danno alle strutture e agli impianti | | **2** | * lievi danni alle strutture e/o agli impianti * breve interruzione dell’attività in Ateneo * danno minore con costi inferiori a 100.000 € | | **3** | * danni importanti alla struttura e/o agli impianti * danni che hanno determinato l’interruzione locale dell’attività in Ateneo * danno locale con costi fino a 500.000 € | | **4** | * danni gravi ed estesi alla struttura e/o agli impianti * danni che hanno bloccato totalmente l’attività in Ateneo * danno esteso con costi oltre i 10.000.000 € |   **Indicazione numerica della classe di gravità** |
| **IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE** |
| DATA RICEZIONE ………………………………………………………………………………………………….  COGNOME/NOME………………………………………………………………………………………………………….  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA |