**INFORMAZIONI SUI RISCHI SPECIFICI PRESENTI NELL’AMBIENTE DI LAVORO**

**E MISURE DI TUTELA (art. 26 comma 1 e comma 2 D.Lgs. n. 81/2008)**

| 1. **Committente di ACCREDIA**: **CAB**   (Conformity Assessment Body: Organismo di valutazione della conformità accreditato/in corso di accreditamento. Ad es: Organismo di Certificazione, Ispezione, Validazione e Verifica, Laboratorio di Prova, Laboratorio di Taratura, Laboratorio Medico, Provider di prove valutative interlaboratorio, Produttori di Materiali di Riferimento, Biobanca). | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ragione sociale del CAB**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Referente** (Responsabile del CAB o suo delegato)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 1. **Organizzazione Cliente: ORG** (Organizzazione presso cui verrà svolta la verifica o parte della verifica) | | | | | | |
| **Ragione sociale dell’ORG**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ………………………………………………………. | | | | **Indirizzo/Sede dell’ORG**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 1. **Luogo presso cui si svolge la Verifica Ispettiva** | | | | | | |
| **CAB** | **ORG** |  | **CAB** | | **ORG** |  |
|  |  | Attività in ufficio |  | |  | Attività in officina metalmeccanica |
|  |  | Attività in terreno agricolo o in serra |  | |  | Attività in cantiere edile/cave |
|  |  | Attività su camini di emissione fumi |  | |  | Attività in laboratorio biologico |
|  |  | Attività in stabilimento petrolchimico |  | |  | Attività in laboratorio chimico |
|  |  | Attività in mattatoio |  | |  | Attività in ambiente ospedaliero |
|  |  | Attività di allevamento DPA |  | |  | Attività in zona navale/aeroportuale |
|  |  | Attività in discarica rifiuti |  | |  | Attività in stabilimento alimentare |
|  |  | Attività a rischio incidente rilevante |  | |  |  |
|  |  | Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

**Specificare eventuali rischi particolari esistenti nei luoghi di lavoro in cui si effettuerà la verifica:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. In sede di riunione di apertura della verifica verrà confermato dal CAB o dall’ORG che le misure comunicate, con il presente modulo, sono ancora valide e che non sussistono ulteriori condizioni di pericolo.
2. È fatto obbligo agli Ispettori/Esperti ACCREDIA di rispettare le istruzioni di sicurezza ricevute.
3. Il Gruppo di Verifica (GVI) ACCREDIA, non introduce rischi specifici, se non quelli correlati con la propria presenza sui luoghi di lavoro, dovendo svolgere attività di tipo intellettuale.
4. Dispositivi di protezione individuale:

* Gli Ispettori/Esperti ACCREDIA devono dotarsi dei DPI ad uso generico e personale (es. scarpe antinfortunistiche, elmetto, occhiali, guanti).
* Il CAB o l’ORG, presso cui si svolge la Verifica, mettono a disposizione degli Ispettori/Esperti ACCREDIA i DPI specifici del processo o della prova, oggetto della Verifica stessa.

1. Tutti i componenti del gruppo di verifica ACCREDIA, durante le attività di verifica, devono essere accompagnati da guide incaricate dal soggetto che mette a disposizione i luoghi di lavoro, presso cui si svolge la Verifica Ispettiva.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del CAB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_