



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "DOMENICO REA"

ISTITUTO PROFESSIONALE PER I SERVIZI ENOGASTRONOMICI E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA
SERVIZI SOCIO SANITARI: ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE ODONTOTECNICO
TECNICO AGRARIA, AGROALIMENTARE E AGROINDUSTRIA
LICEO SCIENZE UMANE – OPZIONE ECONOMICO SOCIALE
COD. MINISTERIALE: SAIS07700L | COD. FISCALE: 94086160655 | COD.UFF.8D4EV6
SITO WEB: www.istitutosuperioredomenicorea.edu.it



Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca

Decreto Legislativo 9 Aprile 2008 n. 81

REGISTRO DEI CONTROLLI PERIODICI ANTINCENDIO E PRESIDI PRIMO SOCCORSO

**Art. 6 DPR 151/2011
D.M. 26 agosto 1992
art. 4 del D.M. 10 marzo 1998
D.Lgs. 81/08 e s.m.i.
DM 388/2001**

Addetti Emergenza Antincendio

Addetti Primo Soccorso

EDIFICIO SCOLASTICO IIS REA

PLESSO.....

Via..... n° civico.....

Cap..... Località.....(Provincia)

Il “REGISTRO ANTINCENDIO” deve essere tenuto costantemente aggiornato e reso disponibile in occasione dei controlli degli Organi di Vigilanza. Il presente elaborato contempla la registrazione dei controlli e delle manutenzioni sugli impianti e sui presidi che interessano aspetti di sicurezza antincendio e sicurezza della struttura in oggetto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO: sarà responsabile della compilazione, mediante i propri addetti, delle schede contrassegnate con “A”. Si tratta di verifiche semplici, di tipo ordinario.

IL DIRIGENTE DELL'ENTE PROPRIETARIO: Sarà responsabile della compilazione, mediante i propri addetti a ditte esterne incaricate, delle schede contrassegnate con “B”. Si tratta di verifiche approfondite, tecniche e strumentali.

CONTROLLO GIORNALIERO

Sorveglianza e verifica di apertura di tutte le porte e delle vie di esodo

All'inizio della giornata lavorativa il personale scolastico è tenuto ad assicurarsi che le porte in corrispondenza delle uscite di piano e di quelle utilizzate lungo le vie di esodo non siano chiuse a chiave o, nel caso siano previsti sistemi antintrusione, possano essere facilmente ed immediatamente aperte dall'interno senza l'uso di chiavi.

- 1) Tutti i passaggi, i corridoi e le scale devono essere libere da ostacoli e da pericoli che possono compromettere il sicuro utilizzo in caso di esodo;
- 2) Ogni ostruzione deve essere subito rimossa e ogni difetto segnalato subito al responsabile della struttura o al Dirigente/Datore di lavoro per essere riportato in condizioni di sicurezza il più presto possibile.

Tabella riepilogativa completa

<i>n° scheda</i>	Oggetto verifica	incaricato	Cadenza
1A	Impianto di allarme	Addetto antincendio	6 mesi
1B		Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
2A	Estintori	Addetto antincendio	6 mesi
2B		Ditta esterna(verifica)	6 mesi
3A	Rete Idrica antincendio	Addetto antincendio	6 mesi
3B		Esterno (U.T.) o ditta (prova di funzionamento)	6 mesi
4B	Impianto di spegnimento automatico	Esterno (U.T.) o ditta (manutenzione ordinaria)	6 mesi
5A	Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI e uscite di sicurezza	Addetto antincendio	6 mesi
6A	Impianto di Illuminazione di emergenza	Addetto antincendio	6 mesi
6B		Esterno (U.T.) o ditta	6 mesi
7A	Valvole di intercettazione gas	Addetto antincendio	6 mesi
7B		Esterno (U.T.) o ditta	6 mesi
8A	Interruttori differenziali e interruttore generale di sgancio di emergenza	Addetto antincendio	6 mesi
8B		Esterno (U.T.) o ditta	6 mesi
9	Contenuto cassetta pronto soccorso	Addetto al primo soccorso	6 mesi

Scheda n° 1A

IMPIANTO DI ALLARME

Tipologia di impianto: ☐ *Acustico* ☐ *Luminoso*

Verifica effettuata da: *Addetti antincendio ed evacuazione*

Periodicità della Verifica: *6 mesi*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare l'integrità dei pulsanti e dei dispositivi acustici, attivare l'allarme, riscontrare la sua percettibilità nei diversi ambienti

NOTE

Scheda n° 1B

IMPIANTO DI ALLARME

Tipologia di impianto: ☐ *Acustico* ☐ *Luminoso*

Verifica effettuata da: *Ditta incaricata*

Periodicità della Verifica: *6 mesi*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare il corretto funzionamento di tutti gli elementi dell'impianto compresa la batteria tampone. Effettuazione di intervento di manutenzione ordinaria.

NOTE

Scheda n° 2A

ESTINTORI PORTATILI

Tipologia di estintori: ☐ a polvere da 6 kg ☐ CO2

Verifica effettuata da: **Addetti antincendio ed evacuazione**

Periodicità della Verifica: **6 mesi**

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: accertarsi del corretto posizionamento di tutti gli estintori, del corretto posizionamento del cartello e dell'avvenuta revisione entro sei mesi dalla data di verifica

NOTE

VERIFICA PERIODICA ESTINTORI**Rif. normativo:** D.P.R. – Lgs. – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2**Ditta incaricata:****Data verifica:** **Personale incaricato della verifica:****Scheda n°** **Dotazione:** n° estintori a CO₂; n° estintori a polvere**ESITO DELLA VERIFICA**

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva	Note
Verifica semestrale		[SI'] [NO]	
Manutenzione straordinaria		[SI'] [NO]	
Sostituzione CO2 (ogni 5 anni)		[SI'] [NO]	
Collaudo bombola (ogni 10 anni)		[SI'] [NO]	

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma dell'incaricato**VERIFICA PERIODICA ESTINTORI****Rif. normativo:** D.P.R. – Lgs. – Norma Uni 9994 – 8633 – 9492 – UNI EN 671/1/2**Ditta incaricata:****Data verifica:** **Personale incaricato della verifica:****Scheda n°** **Dotazione:** n° estintori a CO₂; n° estintori a polvere**ESITO DELLA VERIFICA**

Intervento eseguito	N° estintori verificati	Verifica positiva	Note
Verifica semestrale		[SI'] [NO]	
Manutenzione straordinaria		[SI'] [NO]	
Sostituzione CO2 (ogni 5 anni)		[SI'] [NO]	
Collaudo bombola (ogni 10 anni)		[SI'] [NO]	

Osservazioni e/o segnalazioni:

Firma dell'incaricato

Scheda n° 3A

RETE IDRICA ANTINCENDIO

Tipologia di impianto: ☐ idranti ☐ naspi

Verifica effettuata da: Addetti antincendio ed evacuazione

Periodicità della Verifica: 6 mesi

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: controllare che le cassette siano integre, che siano presenti tubazione e lancia.

NOTE

Scheda n° 3B

RETE IDRICA ANTINCENDIO

Tipologia di impianto: ☐ idranti ☐ naspi

Verifica effettuata da: Personale Tecnico o ditta esterna

Periodicità della Verifica: semestrale

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: effettuare una prova di funzionamento con misura di pressione e portata.
(allegare eventuale verbale di collaudo rete)

NOTE

Scheda n° 4B**IMPIANTO DI RIVELAZIONE (O SPEGNIMENTO) AUTOMATICO****Tipologia di impianto:****Verifica effettuata da:** *Personale Tecnico o ditta esterna***Periodicità della Verifica:** *semestrale*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: a cura della ditta specializzata

NOTE

Scheda n° 5A**PORTE ED ELEMENTI DI CHIUSURA CON CARATTERISTICHE REI E USCITE DI SICUREZZA**

Tipologia di porte: *Uscite di sicurezza dotate di maniglione antipanico e porte tagliafuoco*

Verifica effettuata da: *Addetti antincendio ed evacuazione*

Periodicità della Verifica: *semestrale*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: controllare che le porte si chiudano correttamente – verificare funzionalità dei maniglioni antipanico. Verificare che le vie di esodo siano sempre agevolmente fruibili. **E' vietato chiudere le uscite di emergenza con catenacci e/o ostruire uscite e percorsi di fuga.**

NOTE

IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Tipologia di impianto: *Plafoniere autonome autoalimentate*

Verifica effettuata da: *Addetti antincendio ed evacuazione*

Periodicità della Verifica: *6 mesi*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA:

- 1) sganciare l'interruttore generale (o l'interruttore dell'impianto illuminazione di emergenza);
- 2) fare il giro e accertarsi che tutte le lampade siano accese;
- 3) riarmare l'interruttore generale

NOTE

IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Tipologia di impianto: *Plafoniere autonome autoalimentate*

Verifica effettuata da: *Personale tecnico o ditta esterna*

Periodicità della Verifica: *semestrale*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA:

- 1) sganciare l'interruttore generale;
- 2) verificare che tutte le lampade siano accese e lasciarle accese per un tempo di 1h;
- 3) accertarsi che dopo 50 min siano tutte ancora accese;
- 4) riarmare dopo un'ora l'interruttore generale;
- 5) sganciare dopo 12 ore l'interruttore generale e verificare che tutte le lampade siano accese;
- 6) sostituire o far sostituire le plafoniere (e/o) le batterie non funzionanti.

N.B. La carica e le condizioni delle batterie potranno essere verificate in altra maniera da parte della ditta incaricata delle verifiche. In ogni caso occorrerà effettuare la procedura di scarica completa.

NOTE

VALVOLE DI INTERCETTAZIONE GAS

Tipologia di impianto: *Impianto alimentazione centrale termica – valvola di intercettazione a chiusura rapida*

Verifica effettuata da: *Addetti antincendio ed evacuazione*

Periodicità della Verifica: *6 mesi*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare l'integrità della leva ed il posizionamento della apposita segnaletica

NOTE

VALVOLE DI INTERCETTAZIONE GAS

Tipologia di impianto: *Impianto alimentazione centrale termica – valvola di intercettazione a chiusura rapida*

Verifica effettuata da: *Personale tecnico o ditta esterna*

Periodicità della Verifica: *semestrale*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare il corretto funzionamento della Valvola di intercettazione, smontarla ed effettuare la pulizia e manutenzione

NOTE

INTERRUTTORI DIFFERENZIALI

Verifica effettuata da: *Addetti antincendio ed evacuazione*

Periodicità della Verifica: *6 mesi*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare mediante il tasto di prova (TEST) il funzionamento degli interruttori differenziali

NOTE

Scheda n° 8B

INTERRUTTORI DIFFERENZIALI E INTERRUTTORE GENERALE SGANCIO EMERGENZA

Verifica effettuata da: *Personale Tecnico o personale Impresa incaricata*
Periodicità della Verifica: *semestrale*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: effettuazione di misura strumentale dei tempi di intervento degli interruttori differenziali e prova di funzionamento del pulsante di sgancio generale

NOTE

CONTENUTO CASSETTA PRONTO SOCCORSO

Tipologia: *Contentore da parete con elenco del contenuto
riportato all'interno dello sportello*

Verifica effettuata da: *Addetti al primo soccorso*

Periodicità della Verifica: *6 mesi*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			☐ Positivo ☐ Negativo		
2			☐ Positivo ☐ Negativo		
3			☐ Positivo ☐ Negativo		
4			☐ Positivo ☐ Negativo		
5			☐ Positivo ☐ Negativo		
6			☐ Positivo ☐ Negativo		
7			☐ Positivo ☐ Negativo		
8			☐ Positivo ☐ Negativo		
9			☐ Positivo ☐ Negativo		
10			☐ Positivo ☐ Negativo		
11			☐ Positivo ☐ Negativo		
12			☐ Positivo ☐ Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare il contenuto della cassetta di pronto soccorso rispetto a quanto riportato nell'elenco fornito in dotazione

NOTE

Elenco presidi sanitari in dotazione alla cassetta di pronto soccorso

**Allegato 1 del D.Lgs. 388/2003,
"REGOLAMENTO RECANTE DISPOSIZIONI SUL PRONTO SOCCORSO AZIENDALE"**

N.B- Ogni cassetta di Pronto Soccorso, (opportunamente segnalata e dotata di chiusura) deve essere posizionata a muro. Deve essere inoltre facilmente asportabile in caso di intervento; deve contenere almeno:

CONTENUTO MINIMO DELLA CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO

Guanti sterili monouso (5 paia).

Visiera paraschizzi

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1).

Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml (3).

Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10).

Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2).

Teli sterili monouso (2).

Pinzette da medicazione sterili monouso (2).

Confezione di rete elastica di misura media (1).

Confezione di cotone idrofilo (1).

Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2).

Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (2).

Un paio di forbici.

Lacci emostatici (3).

Ghiaccio pronto uso (due confezioni).

Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2).

Termometro.

Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

Scheda di segnalazione verifica negativa per richiesta intervento

(La presente scheda è da trasmettere solo nel caso di esito negativo di una delle verifiche previste, barrando la casella relativa alla verifica che ha avuto esito negativo)

Oggetto verifica	Indicare con un X la verifica che ha avuto esito negativo	Note (facoltative per l'indicazione del malfunzionamento riscontrato)	Data della Verifica
Impianto di allarme			
Estintori			
Rete Idrica antincendio			
Impianto di spegnimento automatico			
Porte ed elementi di chiusura con requisiti REI e uscite di emergenza			
Impianto di Illuminazione di emergenza			
Valvole di intercettazione gas			
Interruttori differenziali e interruttore generale di sgancio di emergenza			
Contenuto cassetta pronto soccorso			

Il sottoscritto addetto all'emergenza per la scuola _____, nel corso di effettuazione delle verifiche periodiche previste, ha riscontrato un mancato o non corretto funzionamento dell'impianto segnalato nella tabella. Richiede pertanto al Datore di Lavoro un intervento tecnico di ripristino.

Data: _____

Firma _____

SCHEDA DI EFFETTUAZIONE INTERVENTO

LUOGO DI LAVORO: _____ DATA _____

OGGETTO DELL'INTERVENTO: _____

TIPOLOGIA DI INTERVENTO: _____

MATERIALI INSTALLATI

NOTE/ESITO DELL'INTERVENTO

Firma dell'Operatore

Firma dell'addetto all'emergenza
