



SEDE TERRITORIALE DI COMO

Direzione Sanitaria
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
U.O.C PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Spett. le Azienda

Oggetto: Verifica applicazione D.L. n. 19 del 25 marzo 2020 e s.m.i. e dell' Ordinanza N. 515 del 22/3/2020 e s.m.i. e del protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro del 14.03.2020.

Si trasmette in allegato il questionario predisposto a cura dello scrivente Servizio in collaborazione con la Prefettura di Como, a cui verrà dato riscontro, da compilare a cura dell'azienda con il coinvolgimento e la sottoscrizione da parte delle figure del SPP.

Si richiede la trasmissione del presente documento agli indirizzi: segreteria.psal.co@pec.ats-insubria.it e segreteria.psal.olgiate@pec.ats-insubria.it e per conoscenza agli indirizzi mail: peverellic@ats-insubria.it; gennag@ats-insubria.it **entro giovedì 30 aprile.**

A campione e con priorità in caso di mancato riscontro verranno effettuati controlli ispettivi.

Ringraziando per la collaborazione, si porgono distinti saluti

Il Direttore U.O.C. PSAL- Como
(Dott.ssa M.Rita Aiani)

Documento informatico firmato digitalmente
ex D.P.R. n. 445/2000 e D.Lgs. n. 82/2005 e norme collegate
sostituisce il documento cartaceo firmato in autografo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Insubria

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; segreteria.psal.olgiate@pec.ats-insubria.it
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:

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

Distribuzione

Affissione

Altro (specificare)

Note:

3. Se distribuite ad personam, c'è riscontro dell'avvenuta consegna?

Si

No

Note:

4. Ci sono controlli all'entrata dell'azienda?

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

6. Se si, ricevono informazioni necessarie?

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

10. 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:

11. E' prevista la misura della temperatura corporea praticata all'ingresso in azienda?

Si

No

Note:

12.E' prevista una turnazione del personale?

Si

No

Note:

13. E' prevista una rimodulazione del livello produttivo?

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

16.Se si, quali?

Mascherine

Guanti

Occhiali

Altro

Note:

17.La protezione individuali monouso sono sostituite giornalmente?

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

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

Si

No

Note:

22. 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:

23. E' stato contingentato l'accesso agli spazi comuni?

Si

No

Note:

Firma :

Datore di Lavoro

RSPP

RLS

Medico competente