



PERMESSO DI LAVORO - CONSEGNA D'AREA (PdL)

A.R.I.A. S.r.l. impianto UL3  
Verbale n° 1277/2015

F 44 64 09/c  
Pag. 1 a 1  
Rev. 1 del 13/01/2014

Data: 03-07-15 N° ODS: 547 Area - Attrezzature/Sistemi: MOTORI ESPANSORE/RIGNOLO + ARIO PIPPAWS L2/L3 Durata prevista dei lavori: L2/L3

CARATTERIZZAZIONE AREA DI INTERVENTO

A cura CT ARIA - Sig. <u>FORSI FRANCO</u>	SI	NO	Non applicabile	NOTE
<b>Spazi confinati</b>				
Presenza analisi di rischio ingresso in ambiente confinato	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheda spazi confinati
Idoneità temperatura	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<= 40°C
Idoneità umidità	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[O2] >= 19,5 %V
Avvenuta ventilazione/bonifica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controllo della formazione degli operatori in campo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da elenco allegato
<b>Messa in sicurezza</b>				
Presenza di specifica procedura operativa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenza di specifica procedura di emergenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zona ATEX	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vedi info rischi
Avvenuto sezionamento elettro-meccanico ai flussi IN/OUT	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Info in notazioni
Avvenuto sezionamento e/o disalimentazione elettrica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Info in notazioni
Rischi e DPI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vedi info rischi
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allegati: Informativa rischi d'area impianto, planimetria				

Notazioni rilevanti:

MISURE SPECIFICHE

Dichiarazione preposto - Sig. <u>LISI GERARDO</u>	SI	NO	Non applicabile	NOTE
Utilizzo appropriati DPI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Possibilità di comunicazione tra addetti interni ed esterni agli ambienti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenza dei dispositivi previsti nella procedura aziendale per eventuale recupero del personale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solo per ambienti confinati
Utilizzo attrezzatura idonea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ESECUZIONE LAVORI

Descrizione lavoro: MISURAZIONE VIBRAZIONI MOTORI

Sono autorizzati all'accesso all'area di lavoro e all'esecuzione dell'attività i seguenti lavoratori:

LISI GERARDO

Inizio Lavori - Data: 03-07-15 Ora: 10:10

Fine Lavori - Data: 3-07-15 Ora: 14:00

Firma CT A.R.I.A. [Signature]

Firma CT A.R.I.A. [Signature]

Firma Preposto [Signature]

Firma Preposto [Signature]

# ORDINE DI SERVIZIO

**n. ID 547/2015 del 02/07/2015**

(art. 152 del regolamento di cui al D.P.R. 5 ottobre 2010 n. 207)

F 44 617 01

Rev.0 del 20.05.2012

Pagina 1 di 1

## eseguito da DITTA ESTERNA

Attività di Man. **Elettrostrumentale - Meccanica - Altro**

Modalità di intervento **Programmata - Guasto - Predittiva - Altro**

Unità operativa: **UL3**

Area di lavoro: ... LINEA 2 E 3 – MOTORI ESAUSTORE RICIRCOLO

FUMI ARIA PRIMARIA .....

Emissione Permesso di Lavoro: ... Capo Turno .....

Assistente: ... / .....

Il sottoscritto Responsabile del Servizio

### ORDINA

all'IMPRESA: REM

	Ore / gg Pian.	Importo spec.	Importo Tot. lavori
MISURAZIONE VIBRAZIONI MOTORI ESAUSTORE RICIRCOLO FUMI E ARIA PRIMARIA	8 h.		

#### Attrezzature / Automezzi:

Codice	Descrizione	Ore/gg. Pian.	Ore/gg. Eff.
-	Attrezzatura e materiali a cura dell'appaltatore	8 h.	
-	DPI vie respiratorie	8 h.	

Avvio operazione in data **03/07/2015**  
Ore **10:00**

Operazione conclusa in data    /    /  
Ore    :   

Il Responsabile OdS: RM		Per l'impresa (Preposto di fatto)
		Nominativo / Firma
Emissione 03/07/2015 10:00		