

**'PROCEDURE DI EVACUAZIONE DAI PLESSI
IN CASO DI EMERGENZA
Per
OPERATORE DIVERSAMENTE ABILE CON
PROBLEMI MOTORI'**

PREMESSA

ART. 20. - OBBLIGHI DEI LAVORATORI

**OGNI LAVORATORE
DEVE PRENDERSI CURA DELLA PROPRIA SALUTE E
SICUREZZA E DI QUELLA DELLE ALTRE PERSONE PRESENTI
SUL LUOGO DI LAVORO.**

I L. DEVONO IN PARTICOLARE:

- **A. CONTRIBUIRE**, INSIEME AL D.L., AI DIRIGENTI E AI PREPOSTI, ALL'ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI PREVISTI A TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO;
- **B. OSSERVARE LE DISPOSIZIONI E LE ISTRUZIONI** IMPARTITE DAL D.L., DAI DIRIGENTI E DAI PREPOSTI, AI FINI DELLA PROTEZIONE COLLETTIVA ED INDIVIDUALE;
- **C. UTILIZZARE CORRETTAMENTE** LE ATTREZZATURE DI LAVORO, LE SOSTANZE E I PREPARATI PERICOLOSI, I MEZZI DI TRASPORTO, NONCHE' I DISPOSITIVI DI SICUREZZA;
- **D. UTILIZZARE IN MODO APPROPRIATO I DISPOSITIVI** DI PROTEZIONE MESSI A LORO DISPOSIZIONE;
- **E. SEGNALARE IMMEDIATAMENTE** AL D.L., AL DIRIGENTE O AL PREPOSTO LE DEFICIENZE DEI MEZZI E DEI DISPOSITIVI NONCHE' QUALSIASI EVENTUALE CONDIZIONE DI PERICOLO DI CUI VENGANO A CONOSCENZA;
- **F. NON RIMUOVERE O MODIFICARE** SENZA AUTORIZZAZIONE I DISPOSITIVI DI SICUREZZA O DI SEGNALEZIONE O DI CONTROLLO;
- **G. NON COMPIERE DI PROPRIA INIZIATIVA** OPERAZIONI O MANOVRE CHE NON SONO DI LORO COMPETENZA;
- **H. PARTECIPARE** AI PROGRAMMI DI FORMAZIONE E DI ADDESTRAMENTO ORGANIZZATI DAL DATORE DI LAVORO;
- **I. SOTTOPORSI** AI CONTROLLI SANITARI PREVISTI O DISPOSTI DAL MEDICO COMPETENTE.

**I LAVORATORI DI AZIENDE CHE SVOLGONO ATTIVITA' IN REGIME
DI**

**APPALTO O SUBAPPALTO
DEVONO ESPORRE APPOSITA TESSERA DI RICONOSCIMENTO
(CON FOTOGRAFIA E GENERALITA' DEL LAVORATORE E
L'INDICAZIONE DEL DATORE DI LAVORO).
TALE OBBLIGO GRAVA ANCHE AI LAVORATORI AUTONOMI.**

L' 'OPERATORE'

SVOLGE QUESTO ORARIO DI LAVORO:

__ LUNEDI'	ORE	_____.
__ MARTEDI'	ORE	_____.
__ MERCOLEDI'	ORE	_____.
__ GIOVEDI'	ORE	_____.
__ VENERDI'	ORE	_____.
__ SABATO	ORE	_____.

**I LAVORATORI INCARICATI A SUPPORTARE
L'OPERATORE SONO:**

O.1. _____

O.2. _____

O.3. _____

O.4. _____

O.5. _____

O.6. _____

O.7. _____

O.8. _____

O.9. _____

O.0. _____

CON IL SEGUENTE ORARIO.

__ LUNEDI'	(_____
__ MARTEDI'	(_____
__ MERCOLEDI'	(_____
__ GIOVEDI'	(_____
__ VENERDI'	(_____
__ SABATO'	(_____

ORARIO 'SUPPORTO'

A

**DURANTE
ATTIVITA' LAVORATIVA**

ORA	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
1						
2						
3						
4						
5						
6						

***.PER OGNI FASE LAVORATIVA VIENE INDICATO
L'OPERATORE DI SUPPORTO**

**N.B. IN CASO DI ASSENZA PER MALATTIA DI UN OPERATORE
IL 'SUPPORTO' VERRA' EFFETTUATO DA UN 'SOSTITUTO'
INDIVIDUATO DAL D.S..**

PROCEDURA IN CASO DI EMERGENZA

(EVACUAZIONE DAL PLESSO) :

**..L' 'OPERATORE DI SUPPORTO' FA USCIRE IL LAVORATORE
CON QUESTE MODALITA' :**

A....

**OGNI 'OPERATORE (INCARICATO)' INDIVIDUATO
PER IL SUPPORTO VIENE NOMINATO DAL DIRIGENTE
SCOLASTICO (VED.MODULO ALLEGATO)**

"NOMINA"
'LAVORATORE INCARICATO
PER ASSISTERE L'OPERATORE
DIVERSAMENTE ABILE: _____'

LA SOTTOSCRITTA, _____, IN
QUALITA' DI DIRIGENTE SCOLASTICO PRESSO

IN BASE AL D.Lgs.81/08,

NOMINA
PER L'ANNO SCOLASTICO _____

IL LAVORATORE:

NATO/A _____
RESIDENTE _____
QUALIFICA _____

'PER SUPPORTARE DURANTE UN'EVACUAZIONE IN
CASO DI EMERGENZA
L'OPERATORE DIVERSAMENTE ABILE

PLESSO _____'
ORARIO:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO.

FIRMA DELL' 'OPERATORE' PER PRESA VISIONE