

**PERMESSO DI ACCESSO PER SPAZIO CONFINATO**

NAVSUPPACT NAPLES FORM 5100/1 (New 5-09)

TYPE OF ENTRY (Check One): <input type="checkbox"/> Stazione di Pompaggio <input type="checkbox"/> Stazione di Pompaggio <input type="checkbox"/> Tombino <input type="checkbox"/> Altro (Specificare)	DATA: N. PERMESSO _____ SCADENZA _____ DATA: _____ ORA: _____	
MOTIVO DELL'INGRESSO		
LUOGO DEL LAVORO (INDIRIZZO):		
SUPERVISORE ALL'ACCESSO:		
PERICOLI SPECIFICI CHE SI POSSONO TROVARE: <input type="checkbox"/> ATMOSFERICI <input type="checkbox"/> FISICI <input type="checkbox"/> ALTRI (spiegazione)		
<b>PERSONE AUTORIZZATE ALL'INGRESSO</b>	<b>ORA D'INGRESSO</b>	<b>ORA D'USCITA</b>
ATTENDENTE	N/A	N/A

**CONTROLLO DEI PERICOLI**

PROTEZIONE DAI PERICOLI FISICI	SI	NO	CONTROLLI ATMOSFERICI					
PREVENZIONE DALLE CADUTE			<b>LIMITI ACCETTABILI</b>					
ILLUMINAZIONE (ANTIDEFLAGRANTE)			OSSIGENO	20% - 22%				(O <sub>2</sub> )
BLOCCO ELETTRICO			GAS COMBUSTIBILI (LEL)	10% MAX				(CH <sub>4</sub> )
ZONA DI SICUREZZA E MONITOR			IDROGENO SOLFOROSO	10 PPM				(H <sub>2</sub> S)
DISPOSITIVI PROTEZIONE INDIVIDUALI			MONOSSIDO DI CARBONIO	35 PPM				(CO)
ELEMENTI PROTETTIVI			<b>RISULTATI</b>	<b>ORA</b>	<b>O<sub>2</sub></b>	<b>CH<sub>4</sub></b>	<b>H<sub>2</sub>S</b>	<b>CO</b>
			PRE INGRESSO					
<b>EQUIPAGGIAMENTO PRESCRITTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	15 MIN					
ESTINTORE			30 MIN					
AUTORESPIRATORI			45 MIN					
SISTEMI DI COMUNICAZIONE			60 MIN					
ATTREZZATURA PER IL RECUPERO			75 MIN					
<b>ATTREZZATURA MISURAZIONE ARIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>INFORMAZIONI INERENTI L'ATTREZZATURA</b>					
RILEVATORE DI GAS			UNIT#	OPERATIVITA'				
VENTILATORE/ASPIRATORE			DATA CALIBRATURA	CONTROLLO BATTERIE				
ALTRE INFORMAZIONI INERENTI IL SOCCORSO			ALTRE INFORMAZIONI INERENTI L'ACCESSO					
<b>INFORMAZIONI PER IL SALVATAGGIO:</b> In caso di pericolo chiamare il 911. Se non vi e' un telefono disponibile, dichiarare l'EMERGENZA via radio, indicando il luogo e di chiamare il 911 e chiedere di notificare il reparto dei Vigili del Fuoco.								

Certifico che ho valutato la situazione e che il personale da me incaricato, e le procedure da adottare sono in conformita con le direttive inerenti l'accesso agli spazi confinati.

Una volta completato :  
 Originale al CSPM  
 Una Copia al Supervisore all'accesso  
 Una Copia all'ufficio Antinfortunistica

FIRMATO \_\_\_\_\_  
**QUESTO PERMESSO DEVE ESSERE ESPOSTO SUL POSTO**  
 (Usare il retro di questo modulo se necessario)