|  |
| --- |
| **Scheda di verifica dell’applicazione delle misure di contenimento del contagio da COVID-19** |

Il presente documento deve essere compilato dalle figure preposte dall’Istituto al fine di controllare l’effettiva applicazione delle misure di contenimento del contagio da parte dei lavoratori e di visitatori esterni.

Nel caso in cui vengano rilevate carenze o non conformità in uno qualunque dagli aspetti menzionati, i lavoratori incaricati dovranno riportarlo nella presente scheda di verifica.

Le check list compilate devono essere consegnate al Dirigente scolastico e/o DSGA.

Tutto ciò ha lo scopo di garantire un buon livello di salute e sicurezza durante lo svolgimento delle attività, prevenire la diffusione del contagio, informare i lavoratori sui rischi e gli obblighi connessi.

| **PARAMETRO DA VALUTARE** | **VALUTAZIONE CONFORMITA’**  | **NOTE** |
| --- | --- | --- |
| Il personale utilizza i gel idroalcolici messi a disposizione e pratica una corretta igiene delle mani? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Sono evitati i contatti ravvicinati e si rispettano le distanze di sicurezza? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| È stata consegnata nota informativa sufficientemente esaustiva e conforme alle vigenti normative? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Viene garantita adeguata sanificazione dei locali e delle attrezzature? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Le mascherine ed i guanti sono disponibili ed utilizzati in modo adeguato da lavoratori ed esterni? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Sono sempre presenti e ben visibili istruzioni di comportamento, regolamenti interni e segnaletica all’interno dei plessi? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Gli accessi di visitatori esterni (manutentori, trasportatori, corrieri, visitatori) sono gestiti conformemente al protocollo interno? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| L’utilizzo degli spogliatoi avviene nel rispetto del distanziamento interpersonale evitando affollamenti? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Viene favorito lo svolgimento di attività lavorativa in smart working? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Viene rispettato il divieto di effettuare riunioni / incontri? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| È mantenuta attiva l’attività di formazione programmando interventi in videoconferenza? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Il materiale di pronto soccorso è stato implementato con mascherina FFP2 o FFP3, tuta / camice monouso? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| I lavoratori sono stati informati circa le procedure da attivare in caso di fragilità e nel caso di rientro da malattia dovuta a contagio Covid-19? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |
| Il medico competente partecipa attivamente nell’applicazione delle misure anticontagio? | * SI
* IN PARTE
* NO
 |  |

ULTERIORI OSSERVAZIONI:

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compilatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_