Introduzione: si parla di rischi interferenti quando si verifica un "contatto rischioso" tra il personale ASL di Nuoro e quello dell'appaltatore o tra il personale di imprese diverse che operano nella stessa sede aziendale con contratti differenti. In linea di principio occorre mettere in relazione i rischi presenti nei luoghi in cui verrà espletato il servizio o la fornitura con i rischi derivanti dall'esecuzione del contratto richiesto. **Il documento, una volta compilato, deve essere inoltrato al Servizio successivo.**

1. Parte da compilarsi a cura del Richiedente/Gestore:

Titolo dell'appalto: Fornitura di Polisonnigrafo Portatile

.....

Referente: Dott.ssa Anna Ticca Direttore U.O.C. Neurologia e Stroke Unit

P.O. San Francesco Nuoro tel. 0784 240200

Servizio Amministrativo interessato alla gara: S. Tecnico ☐ S. Provveditorato ☒

Descrizione esaustiva dei luoghi e delle modalità di esecuzione del servizio oggetto della richiesta con particolare riferimento alle possibili interferenze con altri soggetti ed alle attività previste per evitare e/o ridurre le stesse:

La fornitura dell'apparecchiatura prevede la consegna del Polisonnigrafo presso il reparto di Neurologia e Stroke Unit del P.O. San Francesco di Nuoro. Non ci dovrebbero essere "contatti rischiosi " tra il personale ASL di Nuoro e il personale della Ditta aggiudicataria nel rispetto delle basilari norme di sicurezza sul lavoro

Tipologia e modalità delle attività di verifica espletate sulle attività degli appaltatori:

L'apparecchiatura sarà sottoposta al collaudo da parte dell'Ingegnere Clinico.

Contrassegnare la casella corrispondente alla tipologia di appalto e proseguire il documento come indicato

Attività non soggette a valutazione SPEP

(trasmettere direttamente a Provveditorato/Tecnico punto 3)

☐ servizio di natura intellettuale (es. formazione, consulenza, ecc):

X mera fornitura di materiali o attrezzature con eventuale installazione inferiore ai due giorni di lavoro:

☐ lavori o servizi la cui durata non sia superiore ai due giorni che **non** comportano rischi da presenza di agenti cancerogeni, biologici, atmosfere esplosive, rischi di caduta da altezza > ai 2 m, Radiaz. Ionizz.:

☐ servizio per il quale non è prevista l'esecuzione all'interno dell'Azienda Sanitaria (si intende per "interno" tutti i locali/luoghi messi a disposizione dalla stessa per l'espletamento del servizio, anche se non sede dei propri uffici)

Attività soggette a valutazione SPEP

☐ fornitura con installazione di durata superiore ai due giorni di lavoro:

☐ fornitura con installazione che comporta rischi da presenza di: agenti cancerogeni, biologici, atmosfere esplosive, rischi caduta dall'alto da h > 2 metri, radiazioni ionizzanti (cancellare i non applicabili):

Specificare:.....

.....

☐ interferenze derivanti da sovrapposizioni di più attività svolte da operatori di appaltatori diversi:

Specificare:.....

.....

☐ interferenze immesse nel luogo di lavoro del committente dalle lavorazioni dell'appaltatore (per esempio interruzione di alimentazioni, produzione significativa di polvere, vibrazioni, rumore):

Specificare:.....

.....

☐ interferenze esistenti nel luogo di lavoro dell'Azienda, ove è previsto che debba operare l'appaltatore (per esempio presenza di sostanze pericolose, pazienti potenzialmente eteroaggressivi, apparecchiature pericolose ad esempio di risonanza magentica, radiazioni ionizzanti):

Specificare:.....

.....

☐ interferenze derivanti da modalità di esecuzione particolare esplicitamente richiesta dal committente, che comportano rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici dell'attività appaltata:

Specificare:.....

.....

AZIENDA USL N° 3
Ospedale San Francesco - Nuoro
NEUROLOGIA
Dott.ssa Anna Tocca

Data
04.06.2012
.....

Timbro e firma del Direttore dell'UO
.....

2. Parte da compilarsi a cura del Servizio Prevenzione e Protezione

Compilatore del Modulo: **Ing. Raffaele Gregu** tel. **0784 240 804**

Alla luce delle informazioni rese, si attesta (barrare la casella di interesse):

☒ l'insussistenza di rischi da interferenza.

☐ la sussistenza di rischi da interferenza, in relazione ai quali si prescrive di adottare i seguenti accorgimenti, finalizzati ad eliminare o ridurre al minimo il rischio:

E' necessaria l'effettuazione della riunione di ulteriore coordinamento: SI ☐ NO ☒

CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

Il presente documento è redatto sulla base delle informazioni fornite dal Servizio competente (Richiedente Gestore) e fa riferimento a condizioni ovviamente non ancora in essere; nella redazione dello stesso è stata posta la massima cura ed attenzione, ciò nonostante non può essere esclusa la necessità di rivalutazione in caso di aggiornamenti legislativi o in caso di variazione delle condizioni di lavoro descritte. Chiunque rilevi tali variazioni o semplicemente osservi rischi non evidenziati nel presente documento è tenuto a darne immediata notizia al RSPP dell'Azienda.

Data 7/06/2011 Timbro e firma del RSPP: .....*Ing. Raffaele Gregu*.

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
Il Responsabile

3. Parte da compilarsi a cura del Servizio Amministrativo competente

Compilatore del Modulo: DOTT.SSA TANIA RUIU ..... tel. .....

Alla luce delle informazioni rese, si valutano i seguenti costi per l'eliminazione o riduzione dei rischi interferenti:

NON SI RILEVANO COSTI PER L'AZIENDA

.....

.....e le informazioni elaborate da SPEP (punto 2) e dal Servizio scrivente (punto 3) vanno riportate nella documentazione di bando.

Data 06.06.2011

Timbro e firma del Referente SA .....

REGIONE SARDEGNA AZIENDA SANITARIA DI NUORO NUORO

4. Parte da compilarsi a cura della Ditta partecipante alla gara: .....

Nominativo Referente gara: .....

e-mail .....@..... tel. ..... tel. .....

Nominativo Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione .....

e-mail .....@..... tel. ..... tel. .....

Si fa obbligo al Datore di Lavoro della ditta Appaltatrice di vigilare sulla sicurezza del proprio personale in merito ai rischi interferenti e segnalare tempestivamente qualunque problema al Referente e al RSPP dell'Azienda Sanitaria di Nuoro secondo i recapiti contenuti nel documento informativo.

La firma sotto riportata vale quale ACCETTAZIONE da parte della ditta del presente DUVRI

Timbro della Ditta APPALTATRICE e firma del titolare o del legale rappresentante o di persona abilitata ad impegnare legalmente la Ditta .....