

**CHECK LIST MENSILE
SORVEGLIANZA ANTINCENDIO**

DISTRETTO/DIPARTIMENTO:

Sede:

Servizio:

DATA: ____/____/____

Nome e cognome:

FIRMA:

N°	Punti di verifica	SI	NO	non applicabile	NOTE In caso di esito negativo specificare quanto riscontrato.
1	Le vie di esodo sono tenute sgombre da depositi (materiali, sedie, tappeti, ecc.) che potrebbero causare ostruzione alla percorribilità delle stesse				
2*	Le porte delle uscite di emergenza sono facilmente apribili nel verso dell'esodo *				
3*	Le porte delle uscite di emergenza si richiudono correttamente *				
4*	In caso di porta REI tenuta aperta dal magnete , al suo sblocco la porta si chiude correttamente *				
5	Le sostanze/preparati pericolosi sono conservati in luoghi non accessibili a persone estranee (custoditi sotto chiave)				
6	Le prese di corrente sono libere da materiale cartaceo e/o infiammabile				
7	I depositi /magazzini sono ordinati e liberi da ostacoli nel movimento				
8	I vani tecnici sono liberi da materiali depositati				
9	Gli estintori e/o gli armadi antincendio presenti sono ubicati in posizione accessibile e visibile				
10*	Gli estintori sono presenti e sono accompagnati dal cartellino/etichetta che certifica l'avvenuta manutenzione semestrale *				
11*	Il manometro degli estintori a polvere hanno l'ago sulla zona verde *				

In caso esito negativo in corrispondenza delle voci con * inviare via e-mail copia all'ufficio tecnico xxx@xxxxx

Al termine della verifica scannerizzare la scheda e inserirla in rete, entro i primi 10 giorni del mese successivo, al seguente indirizzo xxxxxxxxxx