

ABC: SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

TEST DI VERIFICA PER LE AZIENDE A BASSO RISCHIO

Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n.81

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE: _____

AZIENDA: _____ DATA: _____

1. Il documento di valutazione dei rischi (DVR) deve essere firmato dal: <input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Consulente esterno	8. La formazione del personale in materia di sicurezza è: <input type="checkbox"/> Obbligatoria <input type="checkbox"/> Facoltiva <input type="checkbox"/> Non richiesta
2. La prevenzione mira a: <input type="checkbox"/> Tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori <input type="checkbox"/> Tutelare la salute e sicurezza del datore di lavoro <input type="checkbox"/> Tutelare gli interessi dell'azienda	9. Devo utilizzare un disinfettante per la pulizia delle macchine: <input type="checkbox"/> Non prendo alcuna precauzione <input type="checkbox"/> Mi informo da un collega <input type="checkbox"/> Utilizzo il disinfettante come indicato nella scheda tecnica
3. I lavoratori devono rispettare le norme di sicurezza: <input type="checkbox"/> Quando lo dice il capo reparto <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Solo al fine settimana	10. Durante l'esecuzione del mio lavoro noto la presenza di una situazione pericolosa: <input type="checkbox"/> Avviso il datore di lavoro e il responsabile della sicurezza <input type="checkbox"/> La cosa non mi interessa perché io sono attento <input type="checkbox"/> Ci deve pensare il capo turno in quanto la sicurezza non è un problema mio
4. Accade un infortunio al mio collega: <input type="checkbox"/> Intervengono immediatamente <input type="checkbox"/> Avviso il capo reparto <input type="checkbox"/> Chiamo urgentemente il responsabile del Primo Soccorso	11. Devo eliminare i residui (rifiuti) di lavorazione della mia postazione di lavoro: <input type="checkbox"/> Li deposito nel primo contenitore che trovo <input type="checkbox"/> Li metto nell'angolo e ci penserà qualcun altro <input type="checkbox"/> Li inserisco nel contenitore identificativo per quel rifiuto
5. La cassetta del pronto soccorso: <input type="checkbox"/> Deve essere presente sul luogo di lavoro <input type="checkbox"/> Può trovarsi nell'ufficio del capo reparto <input type="checkbox"/> Non è richiesta nelle piccole aziende	12. In questa postazione di lavoro c'è rumore: <input type="checkbox"/> Rimango poco tempo per cui non servono le protezioni auricolari <input type="checkbox"/> Indosso i tappi per proteggere l'udito <input type="checkbox"/> Io ci sento bene per cui non diventerò mai sordo
6. I dispositivi di protezione individuali (DPI) quando sono previsti, sono: <input type="checkbox"/> Facoltativi <input type="checkbox"/> Non sono richiesti nelle piccole aziende <input type="checkbox"/> Obbligatori	13. Devo spostare un oggetto molto pesante: <input type="checkbox"/> Utilizzo un carrello <input type="checkbox"/> Sono forte e faccio da solo <input type="checkbox"/> Non esistono regole da rispettare
7. Le protezioni della macchina danno problemi alla produzione: <input type="checkbox"/> Disattivo le protezioni e continuo a lavorare <input type="checkbox"/> Fermo la macchina, avviso il capo reparto e lui deciderà cosa fare <input type="checkbox"/> Spengo la macchina e vado a prendermi un caffè	14. Per emergenza devo chiamare: <input type="checkbox"/> Telefono al 118 <input type="checkbox"/> Telefono al 113 <input type="checkbox"/> Telefono al 112

Nota: il personale dopo aver letto le Norme di Comportamento può fare il test di verifica. Il test ha lo stesso valore di un Attestato che documenta la Formazione somministrata. Per la correzione dei test chiedere assistenza a:
348 9688787 - 333 4579847