

AI SENSI DELL'ART. 86 COMMA 1 DEL D.LGS. 81/2008 E SMI
GUIDA CEI 64-14



RAGIONE SOCIALE																			
SEDE OVE È UBICATO L'IMPIANTO																Prov:			
VIA																			
C.F.				P.IVA															
ISCRIZIONE C.C.I.A.A																			

INDICE

1. Controllo e manutenzione periodica dell'impianto elettrico
2. Controlli periodici dell'impianto elettrico e di dispersione
3. Controlli periodici dell'impianto di illuminazione di emergenza

CONTROLLO E MANUTENZIONE PERIODICA DELL'IMPIANTO ELETTRICO

Le condizioni di sicurezza dell'impianto elettrico devono essere mantenute ad un livello soddisfacente per tutta la durata di utilizzo dell'impianto.

Il Datore di Lavoro ha, in conseguenza, la responsabilità del mantenimento in efficienza dell'impianto elettrico mediante l'attivazione di una procedura di controllo ben codificata, in particolare, dal D.Lgs. 81/2008 e smi, art. 86 comma 1 e dalla Guida CEI 64-14; questa procedura è integrativa rispetto alle previsioni del D.P.R. 462/2001.

Le operazioni di controllo devono essere svolte da professionisti abilitati ai sensi del D.M. 37/2008, lettera A e B (ove necessario), ad intervalli prestabiliti dalle norme tecniche e dalle prassi di buona tecnica.

Le operazioni di controllo devono comprendere l'esame dei seguenti elementi:

- ESAMI AVISTA, per la valutazione generale dello stato di mantenimento dell'impianto;
- PROVE FUNZIONALI;
- PROVE STRUMENTALI

Le verifiche avranno frequenza diversa a seconda della tipologia di attività in cui sono installati gli impianti.

CONTROLLO		
ESAMI A VISTA	FREQUENZA	FREQUENZA
Controllo: Interruttori, serraggio viti e connessioni varie, stato dei conduttori, integrità prese, conduttori di collegamento, conduttori di protezione	1 anno	1 anno
PROVE FUNZIONALI		
Interruttori differenziali con tasto di prova	1 mese	1 mese
Controllo di apparecchi illuminanti di emergenza	6 mesi	6 mesi
PROVE STRUMENTALI		
Misura della resistenza di terra	3 anni	3 anni
Misura dei livelli di illuminazione	3 anni	3 anni
Misura della resistenza di isolamento cavi	1 anno	1 anno
Prova dispositivi differenziali (strumentale)	1 anno	1 anno
Prova di continuità dei conduttori di protezione ed equipotenziali	1 anno	1 anno
VERIFICHE SECONDO DPR 462/01	Attività ordinarie 5 anni	Luoghi a Maggior Rischio in caso di: Incendio Locali ad uso medico Luoghi di pubblico spettacolo 2 anni

2

CONTROLLI PERIODICI DELL'IMPIANTO ELETTRICO E DI DISPERSIONE (annuale)

VERIFICA IMPIANTO ELETTRICO

Periodicità: ANNUALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *

Controllo: Interruttori, serraggio viti, stato dei conduttori, integrità prese, conduttori di collegamento, conduttori di protezione

Collettore equipot.	Quadro elettrico principale		Quadro elettrico di distribuzione		Scatole derivazione		Disposit. di distrib. e comando	
	Identific. quadro	Esito	Identific. quadro	Esito	Identific. scatole	Esito	Identific. dispositivi	Esito
<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE								

VERIFICA DISPOSITIVI PROTEZIONE DIFFERENZIALE

Prove funzionali e strumentali

Identificazione quadro Identificazione interruttore	Esito scatto TEST Prova funzionale	Tempo di intervento [s] Prova strumentale
	<input type="checkbox"/> POS. <input type="checkbox"/> NEG.	
NOTE		

VERIFICA CONDUTTORI

VERIFICA IMPIANTO DISPERSIONE

Colleg. impianto ai dispersori	Colleg. di masse e masse estranee	Valore RT [Ω] Prova strumentale	Misura della resistenza di isolamento dei conduttori Prova strumentale	Prova continuità dei conduttori di protezione Prova strumentale
<input type="checkbox"/> POS.	<input type="checkbox"/> POS.			<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.	<input type="checkbox"/> NEG.			<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE				

Il Tecnico Verificatore: _____ Timbro e Firma _____

VERIFICA IMPIANTO ELETTRICO

Periodicità: ANNUALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *

Controllo: Interruttori, serraggio viti, stato dei conduttori, integrità prese, conduttori di collegamento, conduttori di protezione

Collettore equipot.	Quadro elettrico principale		Quadro elettrico di distribuzione		Scatole derivazione		Disposit. di distrib. e comando	
	Identific. quadro	Esito	Identific. quadro	Esito	Identific. scatole	Esito	Identific. dispositivi	Esito
<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE								

VERIFICA DISPOSITIVI PROTEZIONE DIFFERENZIALE

Prove funzionali e strumentali

Identificazione quadro Identificazione interruttore	Esito scatto TEST Prova funzionale	Tempo di intervento [s] Prova strumentale
	<input type="checkbox"/> POS. <input type="checkbox"/> NEG.	
NOTE		

VERIFICA CONDUTTORI

VERIFICA IMPIANTO DISPERSIONE

Colleg. impianto ai dispersori	Colleg. di masse e masse estranee	Valore RT [Ω] Prova strumentale	Misura della resistenza di isolamento dei conduttori Prova strumentale	Prova continuità dei conduttori di protezione Prova strumentale
<input type="checkbox"/> POS.	<input type="checkbox"/> POS.			<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.	<input type="checkbox"/> NEG.			<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE				

Il Tecnico Verificatore: _____ Timbro e Firma _____

VERIFICA IMPIANTO ELETTRICO

Periodicità: ANNUALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *								
Controllo: Interruttori, serraggio viti, stato dei conduttori, integrità prese, conduttori di collegamento, conduttori di protezione								
Collettore equipot.	Quadro elettrico principale		Quadro elettrico di distribuzione		Scatole derivazione		Disposit. di distribuz. e comando	
	Identific. quadro	Esito	Identific. quadro	Esito	Identific. scatole	Esito	Identific. dispositivi	Esito
<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE								

VERIFICA DISPOSITIVI PROTEZIONE DIFFERENZIALE		
Prove funzionali e strumentali		
Identificazione quadro Identificazione interruttore	Esito scatto TEST Prova funzionale	Tempo di intervento [s] Prova strumentale
	<input type="checkbox"/> POS. <input type="checkbox"/> NEG.	
NOTE		

VERIFICA CONDUTTORI				
VERIFICA IMPIANTO DISPERSIONE				
Colleg. impianto ai dispersori	Colleg. di masse e masse estranee	Valore RT [Ω] Prova strumentale	Misura della resistenza di isolamento dei conduttori Prova strumentale	Prova continuità dei conduttori di protezione Prova strumentale
<input type="checkbox"/> POS.	<input type="checkbox"/> POS.			<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.	<input type="checkbox"/> NEG.			<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE				

Il Tecnico Verificatore: _____ Timbro e Firma _____

VERIFICA IMPIANTO ELETTRICO

Periodicità: ANNUALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *

Controllo: Interruttori, serraggio viti, stato dei conduttori, integrità prese, conduttori di collegamento, conduttori di protezione

Collettore equipot.	Quadro elettrico principale		Quadro elettrico di distribuzione		Scatole derivazione		Disposit. di distribuz. e comando	
	Identific. quadro	Esito	Identific. quadro	Esito	Identific. scatole	Esito	Identific. dispositivi	Esito
<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE								

VERIFICA DISPOSITIVI PROTEZIONE DIFFERENZIALE

Prove funzionali e strumentali

Identificazione quadro Identificazione interruttore	Esito scatto TEST Prova funzionale	Tempo di intervento [s] Prova strumentale
	<input type="checkbox"/> POS. <input type="checkbox"/> NEG.	
NOTE		

VERIFICA CONDUTTORI

VERIFICA IMPIANTO DISPERSIONE

Colleg. impianto ai dispersori	Colleg. di masse e masse estranee	Valore RT [Ω] Prova strumentale	Misura della resistenza di isolamento dei conduttori Prova strumentale	Prova continuità dei conduttori di protezione Prova strumentale
<input type="checkbox"/> POS.	<input type="checkbox"/> POS.			<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.	<input type="checkbox"/> NEG.			<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE				

Il Tecnico Verificatore: _____ Timbro e Firma _____

VERIFICA IMPIANTO ELETTRICO

Periodicità: ANNUALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *								
Controllo: Interruttori, serraggio viti, stato dei conduttori, integrità prese, conduttori di collegamento, conduttori di protezione								
Collettore equipot.	Quadro elettrico principale		Quadro elettrico di distribuzione		Scatole derivazione		Disposit. di distribuz. e comando	
	Identific. quadro	Esito	Identific. quadro	Esito	Identific. scatole	Esito	Identific. dispositivi	Esito
<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.		<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.		<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE								

VERIFICA DISPOSITIVI PROTEZIONE DIFFERENZIALE		
Prove funzionali e strumentali		
Identificazione quadro Identificazione interruttore	Esito scatto TEST Prova funzionale	Tempo di intervento [s] Prova strumentale
	<input type="checkbox"/> POS. <input type="checkbox"/> NEG.	
NOTE		

VERIFICA CONDUTTORI				
VERIFICA IMPIANTO DISPERSIONE				
Colleg. impianto ai dispersori	Colleg. di masse e masse estranee	Valore RT [Ω] Prova strumentale	Misura della resistenza di isolamento dei conduttori Prova strumentale	Prova continuità dei conduttori di protezione Prova strumentale
<input type="checkbox"/> POS.	<input type="checkbox"/> POS.			<input type="checkbox"/> POS.
<input type="checkbox"/> NEG.	<input type="checkbox"/> NEG.			<input type="checkbox"/> NEG.
NOTE				

Il Tecnico Verificatore: _____ Timbro e Firma _____

3

CONTROLLI PERIODICI DELL'IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA (semestrale)

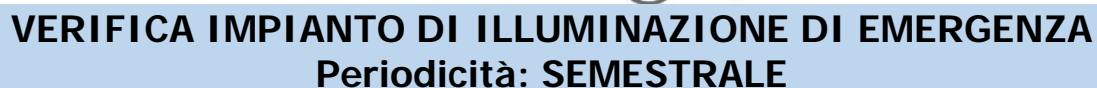
VERIFICA IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Periodicità: SEMESTRALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *				
Controllo: Integrità dispositivi, presenza e integrità cartelli segnalatori, presenza lampade, serraggio viti, ecc.				
<i>Identificaz. lampada</i>	<i>Controllo visivo di integrità</i>	<i>Verifica funzionamento lampade</i>	<i>Verifica autonomia lampade</i>	NOTE
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	

Il Tecnico Verificatore: _____ **Timbro e Firma** _____



ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *				
Controllo: Integrità dispositivi, presenza e integrità cartelli segnalatori, presenza lampade, serraggio viti, ecc.				
Identificaz. lampada	Controllo visivo di Integrità	Verifica funzionamento lampade	Verifica autonomia lampade	NOTE
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	

Il Tecnico Verificatore: _____ *Timbro e Firma* _____

VERIFICA IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Periodicità: SEMESTRALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *				
Controllo: Integrità dispositivi, presenza e integrità cartelli segnalatori, presenza lampade, serraggio viti, ecc.				
<i>Identificaz. lampada</i>	<i>Controllo visivo di integrità</i>	<i>Verifica funzionamento lampade</i>	<i>Verifica autonomia lampade</i>	<i>NOTE</i>
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	

Il Tecnico Verificatore: _____ **Timbro e Firma** _____

VERIFICA IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Periodicità: SEMESTRALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *				
Controllo: Integrità dispositivi, presenza e integrità cartelli segnalatori, presenza lampade, serraggio viti, ecc.				
<i>Identificaz. lampada</i>	<i>Controllo visivo di integrità</i>	<i>Verifica funzionamento lampade</i>	<i>Verifica autonomia lampade</i>	<i>NOTE</i>
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	

Il Tecnico Verificatore: _____ **Timbro e Firma** _____

VERIFICA IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Periodicità: SEMESTRALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *				
Controllo: Integrità dispositivi, presenza e integrità cartelli segnalatori, presenza lampade, serraggio viti, ecc.				
<i>Identificaz. lampada</i>	<i>Controllo visivo di integrità</i>	<i>Verifica funzionamento lampade</i>	<i>Verifica autonomia lampade</i>	<i>NOTE</i>
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	

Il Tecnico Verificatore: _____ **Timbro e Firma** _____

VERIFICA IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Periodicità: SEMESTRALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *				
Controllo: Integrità dispositivi, presenza e integrità cartelli segnalatori, presenza lampade, serraggio viti, ecc.				
<i>Identificaz. lampada</i>	<i>Controllo visivo di integrità</i>	<i>Verifica funzionamento lampade</i>	<i>Verifica autonomia lampade</i>	<i>NOTE</i>
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	

Il Tecnico Verificatore: _____ **Timbro e Firma** _____

VERIFICA IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Periodicità: SEMESTRALE

DATA	REPARTO/ LOCALE

ESAME A VISTA DEI COMPONENTI *				
Controllo: Integrità dispositivi, presenza e integrità cartelli segnalatori, presenza lampade, serraggio viti, ecc.				
Identificaz. lampada	Controllo visivo di integrità	Verifica funzionamento lampade	Verifica autonomia lampade	NOTE
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	
	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO	
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	

Il Tecnico Verificatore: _____ **Timbro e Firma** _____

[illegible]



NOTE : _____

[illegible]



Documento elaborato da: **Marco Beltramelli**
SEGRETARIO PROVINCIALE AOSTA UNIONFORM@TORI

Unionform@tori

Sede nazionale

Via G. Arganini 19

20162 MILANO (MI)

Email: segreteria@unionformatori.it