

M 032**INDAGINE TECNICA
PER SERVIZIO DI SMALTIMENTO E TRASPORTO****1) DATI ANAGRAFICI**

RAGIONE SOCIALE						
SEDE LEGALE						
SEDE OPERATIVA / LUOGO DELL'INTERVENTO						
MAIL DI CONTATTO						
REFERENTE				RECAPITO TELEFONICO		
GIORNI DISPONIBILI PER IL SERVIZIO						
ORARI DI APERTURA		ORARIO CONTINUATO	SI	NO	EVENTUALI PAUSE	dalle ore _____ alle ore _____

2) DETTAGLI INTERVENTO OPERATIVO (da compilarsi se richiesto intervento alla S.S.E.)*TIPO SERVIZIO RICHiesto - barrare ove necessario*

PULIZIA POZZETTI / MANUTENZIONE FOGNATURA	<input type="checkbox"/>	MOVIMENTAZIONE CASSONI	<input type="checkbox"/>
DISOSTRUZIONE POZZETTI / CONDOTTE – RAINEX®	<input type="checkbox"/>	BONIFICA VASCA O SERBATOIO	<input type="checkbox"/>
ASPIRAZIONE REFLUI (VASCHE, SERBATOI, ECC.)	<input type="checkbox"/>	VIDEOISPEZIONE / MAPPATURA	<input type="checkbox"/>
MOVIMENTAZIONE PALLETS, CISTERNETTE, CASSONI	<input type="checkbox"/>	ESPURGO FOSSA BIOLOGICA	<input type="checkbox"/>
DESCRIZIONE MANUFATTI e INFORMAZIONI GENERALI:	_____		

ATTREZZATURE NECESSARIE - barrare ove necessario

AUTOCARRO CANAL JET	<input type="checkbox"/>	FURGONE CON DISPOSITIVI DI SICUREZZA (ambienti confinati)	<input type="checkbox"/>
SCARRABILE + CASSONE / BOTTE	<input type="checkbox"/>	GENERATORE	<input type="checkbox"/>
AUTOBOTTE BILICO / VASCA	<input type="checkbox"/>	SCALE, ATTREZZI, ALTRO:	_____

3) VERIFICA RISCHI (sezione da compilarsi SOLO in caso di richiesta intervento alla S.S.E.)

SPAZI CONFINATI (DPR 177/2011)	SI	NO	CHIMICO	SI	NO	INCENDIO	SI	NO
USTIONE / ALTE TEMPERATURE	SI	NO	BIOLOGICO	SI	NO	MECCANICO	SI	NO
CADUTA o SCIVOLAMENTO	SI	NO	RUMORE	SI	NO	ELETTRICO	SI	NO
INTERFERENZA ALTRE DITTE (specificare in note)	SI	NO	Specificare: _____					
DIFFICOLTA' DI ACCESSO / PRESA RIFIUTO	SI	NO	Specificare: _____					
ALTRO	SI	NO	Specificare: _____					

RACCOMANDAZIONI di SICUREZZA agli OPERATORI e ANNOTAZIONI	
SOSTANZE CHIMICHE COINVOLTE	
SUBAPPALTATORI / LAVORATORI AUTONOMI	

