Data Sopralluogo ……Operatori……..……..

Ragione sociale, P.IVA, indirizzo *(timbro della ditta)*

Attività svolta …….. dal ……

CANCEROGENI PRESENTI: ❑ Cromo ❑ Nickel ❑ Polveri di Legni Duri ❑ FCR ❑ Benzene

❑ Formaldeide ❑ IPA ❑ Altri (specif.) _____

Totale addetti …… di cui**:** **N. …….. Operai in produzione**

N. …….. Impiegati tecnici

N. …….. Impiegati amministrativi

N. …….. Esposti o potenzialmente esposti al rischio cancerogeno

Figure interessate e nominativi **(1)**		***Presenti al sopralluogo***
DDL	……	❑ SI ❑ NO
DIRIGENTI	……	❑ SI ❑ NO
PREPOSTI	……	❑ SI ❑ NO
RSPP ❑ **Interno** ❑ **Esterno**	……	❑ SI ❑ NO
RLS	……	❑ SI ❑ NO
RLST	……	❑ SI ❑ NO
MC	……	❑ SI ❑ NO

(1) Inserire i nominativi se non già raccolti in altri documenti

Documento di proprietà della Regione Emilia Romagna – È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

SCHEDA
ESPOSIZIONE A VAPORI DI BENZINA

Nota 1

Ragione sociale, P.IVA, indirizzo *del* ***GESTORE*** *(titolare della concessione/propr.impianto)* *timbro*	Ragione sociale, P.IVA, indirizzo *del* ***CONDUTTORE*** *(se diverso dal GESTORE) ([2])* *timbro*
Nome del Legale Rappresentante ……	*Nome del Legale Rappresentante* ……

Per il Conduttore: Contratto vigente di Associazione in Partecipazione ? **SI ❑** **NO ❑**

Ditta incaricata per **assistenza agli Impianti di Recupero Vapori :** _____

Postazioni erogazione carburanti e pistole di Benzina (*da riportare nell'allegato 1*)

			Postazioni	Pistole Benzina
Tipologia dell'impianto:	❑ Servito	di cui:	N°……	N°……
	❑ Fai Da Te	di cui:	N°……	N°……
	❑ Self Service			

Lavoratori esposti a vapori di benzina: ……..
Nota 2

PREVENZIONE PRIMARIA

1. **Pompe di recupero vapori di benzina correttamente funzionanti N.** ……

   ……

2. **Presenza di procedure che prevedono l'interruzione dell'erogazione di benzina in caso di avaria dell'IMPIANTO di recupero vapori**

   ❑SI → ❑ dichiarata ❑ NO
   → ❑ scritta

   Osservazioni……

3. **Dispositivi di Protezione Individuale: ❑ guanti ❑ mascherine a carboni attivi (**per sversamenti)

4. **Pittogrammi di pericolo**

Presso	cancerogeno
Erogazione di carburanti – colonnine	❑SI ❑ NO ❑ IN PARTE
Strutture per rifornimento cisterne interrate	❑SI ❑ NO ❑ IN PARTE

Osservazioni……

[2] La Ditta a cui il GESTORE affida la conduzione dell'impianto , sotto specifico contratto.

Documento di proprietà della Regione Emilia Romagna – È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

ASPETTI DOCUMENTALI

5. Il Datore di Lavoro ha valutato i rischi per i lavoratori derivanti dalla presenza di benzene e di altri composti aromatici contenuti nella benzina?

❑ **Misure di esposizione a cancerogeni nel DVR:** ❑ **BENZENE**

ultima rilevazione in data …….... *acquisire copia*

Osservazioni…….

❑ **Misure di esposizione ad altri composti aromatici :** ❑ **TOLUENE** ❑ **XILENE** ❑ **Altri** ……

ultima rilevazione in data …….... *acquisire copia*

Osservazioni…….

6. Valori di esposizione personale a BENZENE (V.L.E.P.: **3,25** mg/m^3; 1 ppm) **: :**

- Valori inferiori a 0.325 mg/m^3 n°……..
- Valori compresi tra 0.325 e 1,62 mg/m^3 n°……..
- Valori superiori a 1,62 mg/m^3 n°……..

Tot. Valori …….

6. Valori di esposizione personale a TOLUENE : (V.L.E.P.: **192** mg/m^3; 50 ppm)

- Valori inferiori a 19,2 mg/m^3 n°……..
- Valori compresi tra 19,2 e 96 mg/m^3 n°……..
- Valori superiori a 96 mg/m^3 n°……..

Tot. Valori …….

7. Valori di esposizione personale a XILENE (o-m-p): (V.L.E.P.: **221** mg/m^3; 50 ppm)

- Valori inferiori a 22.1 mg/m^3 n°……..
- Valori compresi tra 22,1 e 110.5 mg/m^3 n°……..
- Valori superiori a 110.5 mg/m^3 n°……..

Tot. Valori …….

MONITORAGGIO BIOLOGICO

8. ❑ Monitoraggio Biologico degli esposti a

Benzene:	**Toluene**	**Xilene:**
❑ Benz. B	❑ Ac. Ippurico U.	❑ Ac. Metil-Ippurico U.
❑ Benz. U		
❑ Ac. S-PhMU		
❑ Ac.t,t, MAU		

Osservazioni: …….

…….

Documento di proprietà della Regione Emilia Romagna – È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta

Allegato 2 - QUANTITATIVI DI BENZINA EROGATA

data …….. operatore/i……

Inviare via PEC a: ……
Cognome e nome dell'operatore

SPSAL AUSL di ……., distretto di ……

Indirizzo PEC:

Quantità di benzina erogata **in litri**	**SELF SERVICE + FAI DA TE**	**SERVITO**
INTERO ANNO 201… dal **1 GENNAIO** al **31 DICEMBRE**		
Ultimo INVERNO da **OTTOBRE 201.....** a **MARZO 201…..**		
Ultima ESTATE da **APRILE 201…..** a **SETTEMBRE 201....**		

Timbro e firma del gestore

Documento di proprietà della Regione Emilia Romagna – È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta