

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p>	<p align="center">Check list rivendite prodotti fitosanitari MO DSP SIAN 28 - Rev 1</p>
<p align="center">Dipartimento di Sanità Pubblica Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro</p>	<p>Ditta _____ Rif n. Verbale _____ Data _____</p>

timbro ditta

Aut.San.n° _____ del _____

Preposto alla vendita Sig. _____

Nato a _____ il _____

Prodotti detenuti : T + (Molto tossico) T (Tossico) Xn (Nocivo)
 Xi (Irritante) Non Classificato

REQUISITI		SI	si	no	NO	NA
1*	Presenza del C.P.I. – N.O.P. rilasciato dai VVFF (rif. Circ.15/93 e D.M.16/02/1982)					
2	Locali di deposito con pavimenti impermeabili privi di fessurazioni (rif. Circ.15/93)					
3	Soglie di contenimento presenti nel locale di stoccaggio p.f. in alternativa al punto 4.(rif.Circ.15/93)					
4	Pavimenti con pendenza e punto di raccolta liquidi versati (rif. Circ.15/93)					
5*	E' presente un sufficiente ricambio d'aria, garantito in modo naturale o tramite impianti di aerazione forzata ad integrazione di quella naturale (rif.Circ.15/93 – D.Lgs.81/08)					
6	Sono assenti stufe elettriche o bruciatori a gas nei locali di stoccaggio (rif. Circ.15/93)					
7	Idonea temperatura dei locali, tale da non compromettere la sicurezza dei prodotti immagazzinati (comburenti) (rif. Circ.15/93)					
8	Assenza di alimenti e/o mangimi nei locali di deposito e vendita p.f. (rif. Circ.15/93)					
9	I prodotti sono stoccati correttamente (pallettizzati e distanti da pareti) (rif. Circ.15/93)					
10*	Sono presenti estintori portatili da Kg.6 a polvere polivalente del tipo ABC (rif. Circ.15/93 e D.Lgs 81/2008)					
11*	I locali sono tenuti puliti e sgombri da rifiuti (rif. Circ.15/93 – D.Lgs.81/08)					
12*	Sono presenti i DPI (occhiali, guanti, stivali, grembiule, maschera con filtro) (rif.Circ.15/93 e D.Lgs 81/2008)					
13*	E' presente una cassetta del pronto soccorso (rif. Circ.15/93 e D.Lgs 81/08)					
14*	E' presente un lavabo a comando non manuale (rif. Circ.15/93 e D.Lgs 81/2008)					

Check list rivendite prodotti fitosanitari
MO DSP SIAN 28 - Rev 1

REQUISITI		SI	si	no	NO	NA
15*	E' presente una doccia di emergenza con vaschetta lava occhi (rif.Circ.15/93 e D.Lgs 81/2008)					
16	Sono affissi i numeri di telefono di pronto intervento (rif. Circ.15/93)					
17	Sono presenti e correttamente vidimati i registri di carico e scarico dei p.f. (rif. art. 24 DPR 290/01)					
18	La compilazione dei registri di carico e scarico viene effettuata correttamente (rif. art. 24 DPR 290/01)					
19	Viene eseguita correttamente la compilazione del modulo per l'acquisto dei p.f. (rif. art. 24 DPR 290/01)					
20	Le autorizzazione all'acquisto (patentini) controllate sono tutte in corso di validità (rif. art. 24 DPR 290/01)					
21	E' stato individuato un preposto alla vendita (rif. Art. 22 DPR 290/01)					
22	Il preposto ha delega scritta con relativa accettazione dell'incarico (rif. Art. 22 DPR 290/01)					
23	I vani adibiti a stoccaggio p.f. sono in possesso di Autorizzazione Sanitaria (rif. Art. 22 DPR 290/01)					
24	I locali dedicati allo stoccaggio di prodotti classificati T+,T, Xn sono dotati di sistema di chiusura (rif. Circ.15/93)					

NOTE

I VERBALIZZANTI

LEGENDA :

- L'asterisco (*) è riferito a tematiche di competenza dello SPSAL
- Giudizio di conformità:
 - SI: requisito completamente rispettato
 - si: requisito sostanzialmente rispettato ma necessita di miglioramento
 - no: requisito non conforme ma solo parzialmente soddisfatto
 - NO: requisito completamente non rispettato
 - NA: requisito non applicabile

Esempi di non conformità maggiori (NO):

- documentali (es. mancata autorizzazione sanitaria, assenza di un preposto alla vendita, mancanza dei registri di carico e scarico dei p.f. ecc);
- strutturali (es. mancanza di una chiusura di sicurezza per i prodotti classificati T+,T, Xn; p.f. detenuti al di fuori dei locali autorizzati o stoccati insieme a mangimi o alimenti; confezioni rotte il cui prodotto si sia disperso in altri locali).

Verifica:	Approvazione:	Emissione:	
Resp. Qualità Dr. Franceschelli	Direttore del Servizio Dr.ssa Fontana	Resp. Qualità Dr. Franceschelli	Data di emissione _/_/___/___
Resp. Gruppo di lavoro Dr. Tassi			