

<b>PIATTAFORMA:</b> _____		<b>Data:</b> _____	
<b>1) PRESENZA DI SVERSAMENTI VISIBILI/GOCCIOLAMENTI:</b>			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Indicare zona impianto _____			
Indicare tipologia (olio, chemicals, ecc.) _____			
<b>2) PRESENZA DI RIFIUTI NON PREDISPOSTI IN CONTENITORI CHIUSI O COPERTI:</b>			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Prodotti da ditte contrattiste			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Indicare zona impianto _____			
Indicare tipologia _____			
<b>3) VERIFICA BUONO STATO DEPOSITO TEMPORANEO RIFIUTI</b>			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
<b>4) SITUAZIONI POTENZIALMENTE IMPATTANTI PER SICUREZZA/AMBIENTE:</b>			
Presenza di fusti pieni che presentano tracce di corrosione:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Serbatoi o contenitori non in perfetto stato di conservazione:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accumuli di materiali da parte di ditte contrattiste (chemicals, grassi, oli, ecc.):		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Indicare zona impianto _____			
<b>5) BUONO STATO BACINI DI CONTENIMENTO E PORTAFUSTI</b>			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Indicare zona impianto _____			
Verifica necessità di svuotamento		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>6) BUONO STATO AREA STOCCAGGIO CHEMICALS</b>			
Indicare zona impianto _____			
Verifica presenza schede di sicurezza		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Verifica integrità pavimentazione e pareti		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>7) CONTROLLO VISIVO - ASSENZA DI CONTAMINAZIONE ACQUE METEORICHE RICADENTI NEI BACINI</b>			
Indicare zona impianto _____			
Verificata possibilità di scarico al casing morto di acque non contaminate		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
N.A. <input type="checkbox"/>			
<b>NOTE ed eventuali anomalie riscontrate</b>			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
OPERATORE .....		CAPO PIATTAFORMA: .....	

