|  |
| --- |
| ***‘PROCEDURE DI EVACUAZIONE DAI PLESSI IN CASO DI EMERGENZA’***  ***– CLASSE.*** |
| ***PREMESSA***  ***ART. 20. - OBBLIGHI DEI LAVORATORI*** |
| ***OGNI LAVORATORE***  ***DEVE PRENDERSI CURA DELLA PROPRIA SALUTE E SICUREZZA E DI QUELLA DELLE ALTRE PERSONE PRESENTI SUL LUOGO DI LAVORO.***  ***I L. DEVONO IN PARTICOLARE:***   * *A.****CONTRIBUIRE****, INSIEME AL D.L., AI DIRIGENTI E AI PREPOSTI, ALL’ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI PREVISTI A TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO;* * *B.****OSSERVARE LE DISPOSIZIONI E LE ISTRUZIONI*** *IMPARTITE DAL D.L., DAI DIRIGENTI E DAI PREPOSTI, AI FINI DELLA PROTEZIONE COLLETTIVA ED INDIVIDUALE;* * *C.UTILIZZARE CORRETTAMENTE LE ATTREZZATURE DI LAVORO, LE SOSTANZE E I PREPARATI PERICOLOSI, I MEZZI DI TRASPORTO, NONCHE’ I DISPOSITIVI DI SICUREZZA;* * *D.****UTILIZZARE IN MODO APPROPRIATO*** *I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE MESSI A LORO DISPOSIZIONE;* * *E.****SEGNALARE IMMEDIATAMENTE*** *AL D.L., AL DIRIGENTE O AL PREPOSTO LE DEFICIENZE DEI MEZZI E DEI DISPOSITIVI NONCHE’ QUALSIASI EVENTUALE CONDIZIONE DI PERICOLO DI CUI VENGANO A CONOSCENZA;* * *F.****NON RIMUOVERE O MODIFICARE*** *SENZA AUTORIZZAZIONE I DISPOSITIVI DI SICUREZZA O DI SEGNALAZIONE O DI CONTROLLO;* * *G.****NON COMPIERE DI PROPRIA INIZIATIVA*** *OPERAZIONI O MANOVRE CHE NON SONO DI LORO COMPETENZA;* * *H.****PARTECIPARE*** *AI PROGRAMMI DI FORMAZIONE E DI ADDESTRAMENTO ORGANIZZATI DAL DATORE DI LAVORO;* * *I.****SOTTOPORSI AI CONTROLLI SANITARI*** *PREVISTI O DISPOSTI DAL MEDICO COMPETENTE.*   ***I LAVORATORI DI AZIENDE CHE SVOLGONO ATTIVITA’ IN REGIME DI***  ***APPALTO O SUBAPPALTO***  ***DEVONO ESPORRE APPOSITA TESSERA DI RICONOSCIMENTO*** *(CON FOTOGRAFIA E GENERALITA’ DEL LAVORATORE E L’INDICAZIONE DEL DATORE DI LAVORO).*  ***TALE OBBLIGO GRAVA ANCHE AI LAVORATORI AUTONOMI****.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***LA ‘CLASSE ’***  ***FREQUENTATA DA HA QUESTO ORARIO DI LEZIONI:*** | | | |
| *\_LUNEDI’* | *ORE* | *8,00—13,00* | *.* |
| *\_MARTEDI’* | *ORE* | *8,00—13,00* | *.* |
| *\_MERCOLEDI’* | *ORE* | *8,00—13,50* | *.* |
| *\_GIOVEDI’* | *ORE* | *8,00—13,00* | *.* |
| *\_VENERDI’* | *ORE* | *8,00—13,50* | *.* |
| *\_SABATO* | *ORE* | *8,00—13,00* | *.* |
| ***GLI OPERATORI INCARICATI A SUPPORTARE LA/LO STUDENTESSA/STUDENTE SONO:***  ***INSEGNANTE DI SOSTEGNO IS.***  ***EDUCATORE ED.***  ***ATA A1.***  ***ATA A2.***  ***ATA A3.***  ***DOCENTE CURRICULARE IC.***  ***DOCENTE EDUCAZIONE FISICA EF.***  ***ORARIO INSEGNANTE SOSTEGNO .***  *\_LENEDI’ (*  *\_MARTEDI’ (*  *\_MERCOLEDI’ (*  *\_GIOVEDI’ (*  *\_VENERDI’ (*  *\_SABATO’ (*  ***ORARIO EDUCATORE.***  *\_LENEDI’ (*  *\_MARTEDI’ (*  *\_MERCOLEDI’ (*  *\_GIOVEDI’ (*  *\_VENERDI’ (*  *\_SABATO’ (* | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ORARIO ‘SUPPORTO’***  *A*  ***DURANTE***  ***ATTIVITA’ DIDATTICA*** | | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| ***ORA*** | ***LUNEDI’*** | ***MARTEDI’*** | ***MERCOLEDI’*** | ***GIOVEDI’*** | ***VENERDI’*** | ***SABATO*** | |
| ***1*** |  |  |  |  |  |  | |
| ***2*** |  |  |  |  |  |  | |
| ***3*** |  |  |  |  |  |  | |
| ***4*** |  |  |  |  |  |  | |
| ***5*** |  |  |  |  |  |  | |
| ***6*** |  |  |  |  |  |  | |
| ***\*.PER OGNI ORA VIENE INDICATO L’OPERATORE DI SUPPORTO*** | | | | | | |  |
| ***N.B.****IN CASO DI ASSENZA PER MALATTIA DI UN DOCENTE* ***IL ‘SUPPORTO’ VERRA’ EFFETTUATO DA UN ‘COLLABORATORE SCOLASTICO.***  ***PROCEDURA IN CASO DI EMERGENZA*** | | | | | | |
| ***(EVACUAZIONE DAL PLESSO):***  ***..IL ‘DOCENTE DI SUPPORTO’ CONGIUNTAMENTE AL ‘DOCENTE CURRICULARE DELLA CLASSE’ FANNO USCIRE LO STUDENTE CON QUESTE MODALITA’:***  ***\_A....***  ***OGNI ‘OPERATORE (DOCENTE CURRICULARE – OPERATORI INCARICATO)’*** *INDIVIDUATO PER IL* ***SUPPORTO VIENE NOMINATO DAL DIRIGENTE SCOLASTICO (****VED.MODULO ALLEGATO****)*** | | | | | | |
|  | | | | | | | |

# LA SOTTOSCRITTA, PROF.SSA , IN QUALITA’ DI DIRIGENTE SCOLASTICO PRESSO

*“NOMINA”*

***‘LAVORATORE INCARICATO PER ASSISTERE LO STUDENTE***

***DIVERSAMENTE ABILE: ’***

*, IN BASE AL D.Lgs.81/08,*

***NOMINA***

***PER L’ANNO SCOLASTICO***

*IL DOCENTE CURRICULARE/L’OPERATORE:*

*NATO/A RESIDENTE QUALIFICA*

*‘PER SUPPORTARE DURANTE UN’EVACUAZIONE IN CASO DI EMERGENZA*

*LA STUDENTESSA DIVERSAMENTE ABILE*

*CLASSE*

*PLESSO ’*

*, .*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO.

FIRMA DELL’‘OPERATORE’ PER PRESA VISIONE R.S.P.P.