**VERIFICA DEL RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI NORMATIVI E DEL PROTOCOLLO ANTI-CONTAGIO PREDISPOSTO**

**Sezione 1: verifica rispetto prescrizioni D.P.C.M.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOCE** | **Attuato** | **Attuazione****in corso** | **N.A.** | **Note** |
| Massimo utilizzo del lavoro agile per le attività che possono essere svoltepresso il proprio domicilio |  |  |  |  |
| Incentivazione di ferie, permessi econgedi retribuiti |  |  |  |  |
| Attività in presenza degli assistenti amministrativi solo per attività indifferibili |  |  |  |  |
| Applicazione del protocollo anti- contagio (vedere anche sezione 2) |  |  |  |  |
| Rispetto della distanza di sicurezza di almeno 1 metro (laddove possibile di1,8 metri) |  |  |  |  |
| Uso costante della mascherina chirurgica e, in relazione all’attività svolta, dei guanti monouso |  |  |  |  |
| Incremento delle operazioni di sanificazione della postazione di lavoroluogo di lavoro |  |  |  |  |
| Limitazione degli spostamentiall’interno della sede di lavoro |  |  |  |  |
| Regolamentazione dell’accesso agli spazi comuni |  |  |  |  |
| Note: |

**Sezione 2: verifica rispetto del piano anti-contagio predisposto**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOCE** | **Attuato** | **Attuazione****in corso** | **N.A.** | **Note** |
| Differenziazione degli orari di ingresso, uscita e pause |  |  |  |  |
| Affissione della cartellonistica riportata nel protocollo |  |  |  |  |
| Eliminazione degli spostamenti tra aree di competenze diverse |  |  |  |  |
| Verifica delle distanze di 1 metro metri tra uno studente e l’altro e di 2 metri tra la scrivania del docente ed i banchi degli alunni |  |  |  |  |
| Verifica delle distanze di 1 metro metri tra un operatore e l’altro, in particolare tra le scrivanie degli assistenti amministrativi |  |  |  |  |
| Rispetto della distanza di 2 metri nella portineria, rispetto a chi viene accolto |  |  |  |  |
| Adozione degli accessi di utenti esterni mediante appuntamento |  |  |  |  |
| Presenza di gel igienizzante per le mani all’accesso della scuola e incorrispondenza degli uffici |  |  |  |  |
| Pulizia/igienizzazione della postazione di lavoro a fine di ciascun turno di lavoro – uffici amministrativi |  |  |  |  |
| Pulizia aule |  |  |  |  |
| Pulizia palestra |  |  |  |  |
| Pulizia/igienizzazione quotidiana dei bagni dedicati agli studenti/personale scolastico |  |  |  |  |
| Pulizia/igienizzazione quotidiana dei distributori automatici |  |  |  |  |
| Pulizia/igienizzazione del front office alla fine del colloquio con ciascun utente del servizio |  |  |  |  |
| Note: |

In data: / / il sottoscritto Datore di lavoro

ha effettuato il sopralluogo, provvedendo a compilare la presente check list.

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

 ha partecipato al sopralluogo.

Con l’apposizione della firma sottostante, si conferma quanto rilevato e indicato nella presente check list.

Firma Dirigente Scolastico:

Firma RLS: