

# NOMINA DELL'ADDETTO ANTINCENDIO, EVACUAZIONE E DI GESTIONE DELLE EMERGENZE

Al Sig.

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

IO SOTTOSCRITTO SIG.

IN QUALITÀ DI DATORE DI LAVORO DELL'AZIENDA

CON SEDE A

SECONDO QUANTO STABILITO DALL'ARTICOLO 18, COMMA 1, LETTERA B) DEL *D.Lgs. 81/08*

CON LA PRESENTE,

## LE COMUNICO

### **LA SUA NOMINA AD ADDETTO ANTINCENDIO, EVACUAZIONE E DI GESTIONE DELLE EMERGENZE**

I SUOI COMPITI SARANNO QUELLI DI ASSICURARSI, DURANTE LE NORMALI ATTIVITÀ AZIENDALI, DELLA PRESENZA E FUNZIONALITÀ DEI MEZZI ANTINCENDIO (ESTINTORI PORTATILI, ECC.) SECONDO LA FORMAZIONE E LE ISTRUZIONI RICEVUTE A NS. CARICO, MENTRE IN CASO DI EMERGENZA INCENDIO SARANNO QUELLI DI:

Salvaguardare l'incolumità delle persone (scopo primario) e degli impianti (scopo secondario) e cercare di ridurre al minimo i danni a persone o cose;

In caso di intervento, provvedere secondo le istruzioni ricevute, usando la massima cautela, valutando attentamente le circostanze dell'evento e i mezzi disponibili, agendo con lucidità, evitando azioni incontrollate, senza lasciarsi prendere dal panico;

In caso di intervento su parti in tensione o in prossimità di esse, non adoperare acqua o sostanze conduttrici finché non sia stata tolta la tensione;

Se ritenuto necessario, richiedere, con indicazioni precise, l'intervento dei Vigili del Fuoco e, al loro arrivo, tenersi a loro disposizione e collaborare con essi; fornire, con la massima esattezza possibile, ogni utile indicazione sulla ubicazione e natura dell'incendio, sulla natura dei luoghi e delle sostanze coinvolte in esso, sull'esistenza e natura di altre possibili fonti di rischio limitrofe (serbatoi di infiammabili, tubazioni gas, sostanze tossiche, ecc), nonché sulla consistenza ed ubicazione delle risorse idriche;

**\*LA SUA ATTIVITÀ DOVRÀ ESSERE SVOLTA CONFORMEMENTE ALLE ISTRUZIONI E CON I MEZZI CHE LE SARANNO FORNITI DA QUESTA AZIENDA\***

**\*LA PRESENTE DESIGNAZIONE NON PUÒ ESSERE DA LEI RIFIUTATA SE NON PER GIUSTIFICATO MOTIVO, CHE DOVRÀ ESSERE PRESENTATO PER ISCRITTO\***

#### **FIRMA DEL DATORE DI LAVORO :**

Luogo:

Data:

#### **FIRMA PER ACCETTAZIONE DELL'INCARICO DA PARTE DELL'ADDETTO :**

Luogo:

Data:

#### **FIRMA PRESA VISIONE DEL RLS :**

Luogo:

Data: