



REGISTRO DEI CONTROLLI SETTIMANALI DEI SISTEMI ANTINCENDIO

ISTITUTO _____ SEDE _____

Punto di verifica		SI	NO	Punto di verifica		SI	NO
1	ESTINTORI polvere ABC			2	ESTINTORI CO2		
3	Appesi			4	Manometro su area verde		
5	Spina di sicurezza			6	Fascetta garanzia integra		
7	Ben visibili			8	Facilmente accessibili		
9	Cartellonistica presente			10	Cartellonistica danneggiata		
NOTE:							

Punto di verifica		SI	NO	Punto di verifica		SI	NO
1	Manichetta antincendio			2	Naspo antincendio		
3	Coperchio integro			4	Coperchio chiuso		
5	Lancia: presente ed integra			6	Manichetta: presente e avvolta		
7	Fascetta garanzia integra			8	Cartellonistica presente		
NOTE:							

Punto di verifica		SI	NO	Punto di verifica		SI	NO
1	Pulsante allarme antincendio			2	Vetro integro		
NOTE:							

Punto di verifica		SI	NO	Punto di verifica		SI	NO
1	VIE DI FUGA: Presenti			2	Larghezza min. 120 cm.		
3	Sgombre			4	Presenza di dislivelli		
5	Cartellonistica presente			6	Cartell. correttamente orientata		
7	Fascetta garanzia integra			8	Cartellonistica presente		
NOTE:							

Punto di verifica		SI	NO	Punto di verifica		SI	NO
1	USCITE DI SICUREZZA: Presenti			2	larghezza 120 cm. doppia anta		
3	maniglione antipánico efficiente			4	sgombre		
5	ostacoli raso terra			6	pavimento a livello almeno 1 mt.		
7	Cartellonistica retro illuminata			8	Cartellonistica semplice		
NOTE:							

Punto di verifica		SI	NO	Punto di verifica		SI	NO
1	PUNTO DI RACCOLTA: presente uno			2	PUNTI DI RACCOLTA: presenti due		
3	Posizione sicura (distante dagli edifici - alberi)			4	Mantenuto efficiente (sgombro - pulito)		
5	Stalli segnalati (numerazione)			6	Cartellonistica presente		
NOTE:							

Periodo dal _____ al _____

Firma S.P.P. _____