Nel caso di missione che coinvolga più sia personale CNR che di altri ENTI il PASS deve essere firmato da tutti i datori di lavoro (direttori/dirigenti) coinvolti. Eliminare l’evidenziatura in giallo durante la compilazione.

|  |  |
| --- | --- |
| **MISSIONE: MESE ANNO** | **Nome e Cognome del Dipendente:****OGGETTO:** oggetto della missione |

|  |
| --- |
| **1-SCHEDA ANAGRAFICA DELL’INTERVENTO** |
| PROGETTO/COMMITTENTE  | nome istituto  |
| AREA DI LAVORO | Stazione Dirigibile Italia, Gruvebadet ed area circostante alla CCT, altro (SPECIFICARE). Ny-Ålesund, Svalbard, Norvegia  |
| CARATTERISTICHE LOCALITA’ AREA DI ATTIVITA’ | Aree Polari, temperature nel range -25 ÷ 0 °C, presenza di orsi polari. |
| TIPO DI ATTIVITA’  | Breve descrizione.L’attività si svolgerà in gruppo di N persone così composto:elencare le persone coinvolte |
| DATA INIZIO |  |
| DATA FINE |  |
| DURATA | XX gg |

|  |
| --- |
| **2-RESPONSABILI Missione**  |
| Direttore specificare istituto | Nome Cognome |
| Station Manager NY-ALESUND | Mauro Mazzola |
| Station Leader NY-ALESUND | Nome Cognome |
| Responsabile per le operazioni scientifiche | Nome Cognome del responsabile scientifico del gruppo |

|  |
| --- |
| **3-ELENCO DEL PERSONALE NON AFFERENTE ISP partecipante alla missione** |
|  | NOME COGNOME | QUALIFICA | MANSIONE |
|  | Nome Cognome | qualifica | Breve descrizione |
|  | Nome Cognome | qualifica | Breve descrizione |
|  | Nome Cognome | qualifica | Breve descrizione |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **5-ELENCO DOCUMENTI SICUREZZA IN LOCO DOVE PREVISTO** |
| DOCUMENTO | ENTE DI COMPETENZA | NOTE |
| Protocollo di accesso e di comportamento in base | CNR | https://www.isp.cnr.it/dmdocuments/ISP/DI-protocollo-sicurezza/Dirigibile-Italia-Comportamento\_in\_base\_20230505.pdf |

**6-ATTIVITA’ E LAVORAZIONI**

* Elenco puntato delle attività da svolgere (da descrivere dettagliatamente in tabella 7A, una scheda per ciascuna attività elencata)
* Elenco puntato delle attività da svolgere (da descrivere dettagliatamente in tabella 7A, una scheda per ciascuna attività elencata)
* Elenco puntato delle attività da svolgere (da descrivere dettagliatamente in tabella 7A, una scheda per ciascuna attività elencata)

**7-VALUTAZIONE, CATALOGAZIONE E CONOSCENZA DEI RISCHI**

Oltre ai rischi delle attività svolte presso la sede abituale per le presenti attività e lavorazioni possono essere individuati ulteriori rischi ambientali aggiuntivi indicati nella valutazione dei rischi allegato a questa documentazione.

La valutazione e l’adozione di misure per la loro riduzione va riportata nella sottostante tabella, in base all’integrazione delle procedure di sicurezza delle attività

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **7A- CARATTERIZZAZIONE ATTIVITA’** |  |
| **Breve descrizione: Attivita’ 1** | descrivere  |
| Impegno orario quotidiano | 6-8 ore di cui la metà all’aperto |
| Verosimile impegno fisico intenso e/o prolungato, con breve descrizione per una migliore caratterizzazione. | descrivere |
| Eventuale manipolazione/esposizione ad agenti chimici, fisici, biologici. | descrivere |
| Rischi per presenza di animali pericolosi. | Orso polare |
| Movimentazione di carichi pesanti  | Spostamento di strumenti di massimo XX kg di peso con il supporto di altre persone |
| Lavoro in quota presso la CCT | Istallazione strumenti su torre CCT per max 5-6 ore totali |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7B RISCHI AGGIUNTIVI (se presenti)** |  |  |
| TIPO DI RISCHIO | VALORE | MISURE DI PREVENZIONE E DPI PREVISTI |
| MICROCLIMA SEVERO FREDDO | -20°C / 0°C | Tuta e calzature per climi freddi |

|  |
| --- |
| **8-ELENCO STRUMENTAZIONE E MEZZI IMPIEGATI SULL’AREA DI LAVORO** |
|  | ATTREZZATURE | CERTIFICATO | USI |
|  | Motoslitta  | Patente EU B  | Spostamenti di personale |
|  | Fucile Ruger M 77Calibro: 308 | Certificazione rilasciata da KB | Difesa personale |
|  | Pistola deterrente per orsi | Certificazione rilasciata da KB | Difesa personale |

|  |
| --- |
| **9-ELENCO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE** |
|  | DPI | CARATTERISTICHE | FASI DI LAVORO |
|  | Abbigliamento tecnico | Vestiario adeguato per climi freddi | Lavoro in esterno |
|  | Casco | Protezione da caduta accindetale | Spostamenti in motoslitta |
|  | Imbracatura | Categoria 3 | Lavoro in quota  |
|  | Elmetto | Categoria 3 | Lavoro in quota |

|  |
| --- |
| **10-FORMAZIONE OBBLIGATORIA** |
| PRESCRIZIO | TIPO |
| Corso di Primo Soccorso |  x |
| Corso lavoro in altezza |  x |
| Corso utilizzo del fucile |  x |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **10-PROTOCOLLO SANITARIO SPECIFICO EFFETTUATO** |
| PRESCRIZIO | TIPO | SI/NO |
|  | Protocollo “Attività di lavoro presso la stazione Artica “Dirigibile Italia” – CNR e correlate misure sanitarie di accesso” https://www.isp.cnr.it/dmdocuments/ISP/DI-protocollo-sicurezza/Protocollo\_Svalbard\_3.pdf | x  |

**11- EMERGENZA SANITARIA**

er gli interventi di Primo Soccorso di lieve entità, il personale è dotato di cassetta di Pronto Soccorso conforme alla normativa di Legge. Il protocollo di intervento prevede che per ogni azione di primo soccorso, venga contattato il nostro Addetto al Primo Soccorso **dove presente**, prima di eseguire qualsiasi azione sull’infortunato lieve.

Per gli interventi di Primo Soccorso su lesioni o danni che sono o potrebbero sembrare di entità media o grave, si ricorre al protocollo di emergenza sanitaria.

Si forniscono qui di seguito i numeri di utili di pronto intervento da conservare e tenere in considerazione per la pronta attivazione dei servizi di emergenza.

|  |  |
| --- | --- |
| Numeri di telefono della Base Artica CNR  | Norvegese: +47 7902 6850Italiani: +39 06499372331 e +39 06499372332 |
| Ulteriori numeri specifici per la zona | Sorveglianza Kings Bay, attiva 24 ore su 24. Il numero di telefono del Watchman è: +47 7902 7238 |

Il ROS ha l’obbligo di rivalutare durante le trasferte le situazioni operative che differiscono da quanto pianificato nella sezione 7A e dare le misure di prevenzione e protezione adeguate per la tutela della salute e sicurezza degli operatori in campo.

Ogni situazione anomala (infortuni, ricoveri, incidenti anche lievi, etc.) va segnalata tempestivamente al Datore di Lavoro.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Cognome Direttore ISTITUTO** | DataFirma |
| **Mauro Mazzola SM** | DataFirma per presa visione |
| **Nome Cognome SL** | DataFirma per presa visione |
| **Nome Cognome (ROS)** | Data 01/03/2024Firma  |
| **Nome Cognome (dipendente)** | Data 01/03/2024Firma  |

Il presente piano costituisce allegato alla missione del ROS e sarà custodito dallo stesso.

E’ firmato da ogni partecipante alla missione anche se non afferente a ISP, quindi con DL diverso dal DL ISP, per prendere visione dei contenuti suesposti, per prendere visione degli obblighi formativi, per impegnarsi a supportare il ROS, a osservare le disposizioni ed a eseguire i compiti eventualmente indicati.

|  |
| --- |
| *Altro personale sul campo di supporto (elencato nella scheda 1)* |
|  | Data 01/03/2024Firma |
|  | Data 01/03/2024 Firma |