



CHESTIONAR DE PREEVALUARE PENTRU CERTIFICAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL SECURITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII ÎN MUNCĂ-SSM

A. Denumire organizație.....

Înmatriculată la Registrul Comerțului Nr.cod fiscal R.....

Cont bancar nr.....deschis la banca

Adresa.....

.....

Telefon Fax

Email :

B. Număr total de salariați :din care : Numai Sch. 1.....Sch. I.....Sch. II.....Sch. III.....

C. Număr de locații (sediul central + filiale/sucursale).....,
(Anexați separat datele de identificare a fiecărei filiale/ sucursale, numărul de angajați, din care pe schimburi)

D. Domeniile de activitate cuprinse în sistemul de management de mediu pentru care se solicită certificarea

Activități	Cod CAEN

E. Structura societății : Număr total de secții.....Număr total de ateliere.....

F. Procesele care se desfășură în afara amplasamentului sunt implicate în procesul de certificare?

Da Nu

În caz afirmativ, care?.....

.....

G. Există autorizații de mediu, sanitară, protecția muncii, PSI?

Da Nu

Precizați perioada de valabilitate pentru fiecare :.....

.....

.....

.....

H. Precizați sursa de apa potabilă

I. Utilizați substanțe toxice și periculoase în organizație?

Da Nu

În caz afirmativ, specificați care ?.....

.....

.....

J. Ați identificat pericolele relevante pentru ssm?

Da Nu

În caz afirmativ, completați următoarele rubrici:

Pericole datorate executanților (acțiuni greșite/omisiuni):

Descrierea pericolului	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă
Executare defectuoasă de operații Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Nesincronizări de operații Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Efectuare de operații neprevăzute prin sarcina de muncă Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Comunicări accidentogene Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Omiterea unor operațiuni Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Neutilizarea mijloacelor de producție Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		

Ați stabilit cauzele pericolelor care ar putea fi provocate de executanți? Da Nu

Ați avut accidente de muncă datorate acțiunilor greșite ale executanților? Da Nu

Ați stabilit măsuri pentru prevenirea pericolelor datorate executanților? Da Nu

Sarcina de producție (conținut necorespunzător al sarcinii de muncă în raport cu cerințele de securitate/ sarcina sub/supradimensionată în raport cu capacitatea executantului)

Descrierea pericolului	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă
Solicitare fizică Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Solicitare psihică Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Operațiuni, reguli, procedee greșite Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Absența unor operații Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Metode de muncă necorespunzătoare (succesiune greșită a operațiilor) Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		

Ați stabilit cauzele pericolelor care ar putea fi provocate de sarcina de producție? Da Nu

Ați avut accidente de muncă datorate sarcinii de producție? Da Nu

Ați stabilit măsuri pentru prevenirea pericolelor datorate sarcinii de producție? Da Nu

Pericole mecanice

Descrierea pericolului	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă
Mișcări periculoase Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Suprafețe sau contururi periculoase Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Recipiente sub presiune Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Vibrații excesive ale echipamentelor tehnice Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		

Ați stabilit cauzele pericolelor mecanice? Da Nu

Ați avut accidente de muncă datorate pericolelor mecanice? Da Nu

Ați stabilit măsuri pentru prevenirea pericolelor mecanice? Da Nu

Pericole termice

Descrierea pericolului	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă
Temperatura ridicată a obiectelor sau suprafețelor Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Temperatura coborâtă a obiectelor sau suprafețelor Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Flăcări /flame Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		

Ați stabilit cauzele pericolelor termice? Da Nu Ați avut accidente de muncă datorate pericolelor termice? Da Nu Ați stabilit măsuri pentru prevenirea pericolelor termice? Da Nu **Pericole electrice**

Descrierea pericolului	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă
Curentul electric Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		

Ați stabilit cauzele pericolelor electrice? Da Nu Ați avut accidente de muncă datorate pericolelor electrice? Da Nu Ați stabilit măsuri pentru prevenirea pericolelor electrice? Da Nu **Pericole chimice**

Descrierea pericolului	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă
Substanțe toxice Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Substanțe caustice Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Substanțe inflamabile Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Substanțe explozive Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Substanțe cancerigene Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		

Ați stabilit cauzele pericolelor chimice? Da Nu Ați avut accidente de muncă datorate pericolelor chimice? Da Nu Ați stabilit măsuri pentru prevenirea pericolelor chimice? Da Nu **Pericole biologice**

Descrierea pericolului	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă
Culturi sau preparate cu microorganisme (bacterii, viruși, ricketșii, etc.) Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Plante periculoase (ex.: ciuperci otrăvitoare) Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Animale periculoase (ex.: șerpi veninoși) Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		

Ați stabilit cauzele pericolelor biologice? Da Nu Ați avut accidente de muncă datorate pericolelor biologice? Da Nu Ați stabilit măsuri pentru prevenirea pericolelor biologice? Da Nu **Mediul de muncă (fizic, chimic, biologic)**

Descrierea pericolului	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă
Temperatura aerului Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Umiditatea aerului Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Curenții de aer Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Presiunea aerului		

	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Aeroionizarea aerului	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Suprapresiune în adâncimea aerului	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Zgomot	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Ultrasunete	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Vibrații	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Iluminat	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Radiații			
Electromagnetice	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Ionizante	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Potențial electrostatic	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		
Pulberi pneumoconigene	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>		

Ați stabilit cauzele pericolelor datorate mediului de muncă? Da Nu

Ați avut accidente de muncă datorate mediului de muncă? Da Nu

Ați stabilit măsuri pentru prevenirea pericolelor datorate mediului de muncă? Da Nu

Monitorizați noxele la locul de muncă? Da Nu

Situații de urgență

Situația de urgență identificată	Locul de muncă	Legislația/norma aplicabilă

Ați stabilit planuri pentru situații de urgență? Da Nu

Ați testat planurile de urgență? Da Nu

K. Achiziționați sau expediați mărfuri periculoase?

Da Nu

Dacă da, care sunt acestea?

L. La proiectarea /implementarea SSM s-a utilizat consultanță din exterior?

Da Nu

În caz afirmativ, de către cine?

M. SSM este integrat într-un sistem de management existent?

Da Nu

În caz afirmativ, în care?

N. Anul /Luna când s-a încheiat implementarea SSM :

O. Solicitantul deține /a deținut certificat pentru SSM acordat de alt organism de certificare:

Da Nu

Delimitați perioada

P. Data de la care au început să se efectueze activități de audit intern și de analiza conducerii

.....

R. Număr audituri interne de mediu efectuate în ultimile 12 luni de activitate :

S. Responsabili pentru SSM

FUNCȚIA	NUME / PRENUME	TELEFON
---------	----------------	---------

Manager /Director General		
Reprezentantul Managementului pentru SSM		
Persoana responsabila cu contactarea Grupului de Certificare Sisteme de Management responsabil compartiment protecția muncii		
Responsabil(i) laborator(oare) monitorizare noxe la locul de muncă		

T. Aveți instruite persoane pentru auditul SSM?

Da Nu

În caz afirmativ, câte?:.....

U. Spațiu rezervat eventualelor comentarii ale solicitantului :

.....

(Dacă se consideră necesar se pot anexa pagini suplimentare)

V. Motivul pentru care doriți certificarea?

Intern

Extern

Alte motive

Îmi asum întreaga responsabilitate pentru informațiile declarate în prezentul chestionar.

Suntem de acord să ne conformăm condițiilor de certificare și să furnizăm orice informații necesare pentru evaluarea organizației noastre.

Data:

REPREZENTANTUL MANAGEMENTULUI PENTRU SSM

.....

L.S.