

SCHEDA di VALUTAZIONE POSTAZIONE VDT

ORGANIZZAZIONE: _____

SEDE: _____

Ufficio: _____

Lavoratore: _____

Mansione: _____

PERSONAL COMPUTER:

LapTop con D.Station DeskTop VIDEO-PC Altro: _____

Tastiera separata Mouse Std. Mouse Ergo Altro: _____

Le tastiere devono essere idonee alle regolazioni: INCLINAZIONE; POSIZIONAMENTO ADEGUATO ALL'AREA DI LAVORO.

Monitor 4:3 Monitor 16:9 Monitor Pan. Altro: _____

I Monitor devono essere idonei alle regolazioni: INCLINAZIONE; ROTAZIONE; CONTRASTO; LUMINOSITA'; POSIZIONE FRONT.

Note: _____

POSTAZIONE:

Scrivania:

Piano ampio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spazio per mouse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altezza piano di 70-75cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Profondità piano di 75-80cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Superficie opaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spazio sotto al tavolo alle ginocchia >45cm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spigoli arrotondati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di Leggio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di Poggia Piedi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Sedia:

Stabilità della seduta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rotazione sedile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Regolazione altezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Regolazione altezza schienale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Regolazione inclinazione schienale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Base a 5 razze	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tessuto traspirante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tessuto lavabile e sanificabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di braccioli regolabili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di ruote sulla base	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Illuminazione:

Schermatura fonti luminose	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Misurazione LUX (≥ 500 lx) <i>(riportare valori nella sezione successiva)</i>	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> KO
Assenza di riflessi	<input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Presenti
Posizionamento VDT	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> KO

AMBIENTE:

Rilevazione LUX: _____ lx

Temperatura: _____ °C

Umidità: _____ %RH

Rumorosità: _____ dB

Distanza fonti calore radiante suff. distanti insuff. Distanti

Ricambio di aria presente non presente

Note: _____

FOTO della POSTAZIONE di LAVORO:

(eseguire foto posteriore e laterali)

Giudizio complessivo:

- NON CONFORME
 NON PIENAMENTE CONFORME
 CONFORME
 CONFORME con PRESCRIZIONI

data: ___/___/_____

FIRMA RSPP _____

FIRMA DATORE di LAVORO _____