**MODULO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI VIAGGIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DELLA PERSONA O DEL GRUPPO | DATA DI PARTENZA | DATA DI RESTITUZIONE |
|  |  |  |
| DESTINAZIONE |
|  |

**PERSONA(E) IN VIAGGIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME** (COGNOME, PRIMO) | **RUOLO** | **INFORMAZIONI DI CONTATTO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**TUTTI I PAESI / AREE DA VISITARE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **SCOPO** | **DATA DELLA VISITA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ULTIME LINEE GUIDA O RACCOMANDAZIONI RIGUARDANTI I VIAGGI NELLE AREE ELENCATE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **TIPO DI RISCHIO** (ad es. politico, economico, igienico-sanitario) | **RACCOMANDAZIONE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sì** | **No** | **VALUTAZIONE** | **NOTE** |
|  |  | Ogni viaggiatore ha discusso con il proprio medico i rischi per la salute generali e specifici legati a questo viaggio? |  |
|  |  | Esistono rischi specifici per la salute nell'area di viaggio, inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, animali, malattie, inquinamento, altitudine, allergie, condizioni meteorologiche, radiazioni o servizi igienico-sanitari? |  |
|  |  | Ci sarà un facile accesso all'assistenza medica? |  |
|  |  | Ci sono problemi specifici di sicurezza fisica nell'area di viaggio, inclusi, ma non limitati a, disordini civili, religione, legalità, costumi o abbigliamento? |  |
|  |  | Ci sono problemi con il trasporto all'interno dell'area di viaggio? (ad es. veicoli idonei disponibili, conducenti competenti per tipo di terreno, permessi necessari) |  |
|  |  | I viaggiatori porteranno con sé i telefoni cellulari durante il viaggio? I telefoni cellulari avranno attivato il roaming internazionale? |  |
|  |  | Ogni viaggiatore ha fornito informazioni di contatto di emergenza? |  |
|  |  | I viaggiatori hanno numeri di telefono locali da chiamare in caso di emergenza? |  |
|  |  | Sono stati presi accordi di pronto soccorso d'urgenza? |  |
|  |  | Sono in atto piani di emergenza in caso di interruzione del viaggio o del piano? |  |

**PIANO DI GESTIONE DEL RISCHIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RISCHIO** | **PIANO D'AZIONE** | **RESPONSABILE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AFFERMAZIONE DELLA PERSONA CHE COMPLETA LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI VIAGGIO**

Ho chiesto che tutte le persone che viaggiano mi informino di eventuali condizioni mediche esistenti e, per quanto ne so, tutti i viaggiatori sono fisicamente e mentalmente idonei a viaggiare. Tutti i viaggiatori sono responsabili di qualsiasi farmaco di cui possano aver bisogno. Ho anche controllato le linee guida federali sui viaggi e le fonti locali nella mia area di viaggio prevista per assicurarmi di non mettere me stesso o gli altri in pericolo durante il viaggio.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME E TITOLO STAMPATI | FIRMA | DATTERO |
|  |  |  |

**AFFERMAZIONE DEL FUNZIONARIO DI APPROVAZIONE**

Ho esaminato questa valutazione del rischio di viaggio e approvo tutte le informazioni fornite nel presente documento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME E TITOLO STAMPATI | FIRMA | DATTERO |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DISCONOSCIMENTO**Tutti gli articoli, i modelli o le informazioni fornite da Smartsheet sul sito Web sono solo di riferimento. Mentre ci sforziamo di mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non rilasciamo dichiarazioni o garanzie di alcun tipo, esplicite o implicite, circa la completezza, l'accuratezza, l'affidabilità, l'idoneità o la disponibilità in relazione al sito Web o alle informazioni, agli articoli, ai modelli o alla grafica correlata contenuti nel sito Web. Qualsiasi affidamento che fai su tali informazioni è quindi strettamente a tuo rischio. |