



**AL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
SEDE**

Nome _____ Cognome _____

Nata/o il _____ a _____

Codice fiscale: _____

Struttura di appartenenza: _____

Sede di lavoro: Laboratori Didattici di Elettronica

Tel. _____ Cell _____ e-mail _____

Qualifica STUDENTE

PTA	<input type="checkbox"/>	Tesisti	<input type="checkbox"/>	Cultori della materia	<input type="checkbox"/>
Personale Docente	<input type="checkbox"/>	Tirocinanti	<input type="checkbox"/>	Borsisti	<input type="checkbox"/>
Personale Ricercatore	<input type="checkbox"/>	Dottorandi	<input type="checkbox"/>	Assegnista di ricerca	<input type="checkbox"/>
Specializzandi	<input type="checkbox"/>	150 ore	<input checked="" type="checkbox"/>		

Altro (Frequentatori, Post-laurea, prestatori d'opera, visitatori...) _____

Tipo di contratto: Collaborazione Studenteca 150 ore

Data fine rapporto (in tutti i casi diversi dal contratto a tempo indeterminato) _____

Part time NO SI _____ %

Descrizione dettagliata attività lavorativa svolta: Sorveglianza

Argomento di ricerca e relativo titolare: _____

L'attività lavorativa comporta la guida di un autoveicolo di servizio: NO SI

Se sì, indicare il tipo: _____

1. INFORMAZIONE E FORMAZIONE, SORVEGLIANZA SANITARIA

Formazione ex art. 37 del D.lgs. 81/08 e s.m.i., Accordo Stato Regioni 07/07/2016

- Parte generale (4 ore) da fare in inglese
già fatta Allegare Dichiarazione sostitutiva di Certificazione¹ (All.1)
- Parte specifica
Rischio basso (4 ore) da fare
Rischio medio (8 ore: area medico biologica) da fare
Rischio medio (8 ore: area chimico ingegneristico) da fare
Rischio alto (12 ore: area edile) da fare
Allegare Dichiarazione sostitutiva di Certificazione (All.1)

Sorveglianza sanitaria:

Giudizio di idoneità ex art. 41 del D.lgs. 81/08 e s.m.i. NO SI

Se "SI": porre in allegato la copia del giudizio di idoneità

¹ L'autocertificazione consiste nella facoltà riconosciuta ai cittadini di rappresentare alla Pubblica Amministrazione - in sostituzione di taluni certificati indicati tassativamente dalla legge (art. 46 D.P.R. n. 445/2000) - propri stati, fatti e qualità personali, mediante specifiche dichiarazioni sottoscritte (firmate) dall'interessato.



NOTE:

2. USO DI ATTREZZATURE MUNITE DI VIDEOTERMINALE

Uso di attrezzature munite di VDT NO SI > 4h/die, 20h/sett.

1. MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI

L'attività comporta la movimentazione manuale di carichi NO SI fino a Kg _____

Modalità operative: _____

Frequenza settimanale: _____

Sono utilizzati dispositivi di sollevamento NO SI

2. UTILIZZO DI ATTREZZATURE DI LAVORO (macchine utensili, impianti, carrelli elevatori, gru a ponte, etc.)

NO SI

Specificare quali: _____

Vengono effettuate attività di saldatura: NO SI

Se sì, indicare la tipologia di saldatura: _____

3. UTILIZZO DI SOSTANZE CHIMICHE

a. Esposizione ad agenti chimici

NO SI

Se si integrare con il modulo posto in allegato (Tabella A).

b. Esposizione ad agenti cancerogeni, mutageni, teratogeni*

NO SI

*Identificazione come da seguente tabella:

Classe di Pericolo	Indice di Pericolo (Frase H))	Pittogramma
Cancerogenicità cat.1A e 1B	H350 e H350i	 GHS08
Cancerogenicità cat.2	H351	
Mutagenicità sulle cellule germinali cat.1 e 2	H340; H341	

Se si integrare con il modulo posto in allegato (Tabella B).



4. ESPOSIZIONE AD AGENTI BIOLOGICI (All. XLVI del D.lgs. 81/08 e s.m.i.)

L'attività comporta manipolazione di campioni biologici NO SI

L'attività comporta manipolazione di batteri-virus NO SI

Quali?

Agente	Classe di rischio			Esposizione		Specificare quantità e frequenza di manipolazione ed eventuali note
	2	3	4	Diretta (*)	Indiretta (**)	

(*) Si intende per esposizione diretta quella dovuta ad impiego deliberato e diretto dell'agente biologico (es. manipolazione HIV)

(**) Si intende per esposizione indiretta quella determinata da potenziale presenza dell'agente biologico nel materiale manipolato (es. manipolazione di liquidi biologici)

Modalità operative (breve descrizione) _____

5. ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI (Raggi X)

L'attività comporta esposizione a radiazioni ionizzanti NO SI

Descrivere tempi, frequenza e modalità di esposizione, DPI: _____

6. ESPOSIZIONE A RADIAZIONI NON IONIZZANTI

L'attività comporta esposizione a:

Microonde NO SI Frequenza _____ apparato emettitore _____
 Radiofrequenze NO SI Frequenza _____ apparato emettitore _____
 Laser NO SI Classe _____
 Ultravioletto NO SI Lunghezza d'onda _____
 Infrarosso NO SI Frequenza _____ tipo di applicatore _____
 Ultrasuoni NO SI

Descrivere tempi, frequenza e modalità di esposizione, DPI: _____

7. ESPOSIZIONE AD ALTRI AGENTI FISICI

L'attività comporta esposizione a:

Rumore NO SI
 Vibrazioni CORPO INTERO MANO-BRACCIO NO SI

Descrivere tempi, frequenza e modalità di esposizione, DPI: _____



8. ATTIVITÀ IN PARTICOLARI CONDIZIONI

L'attività comporta esposizione a:

Liquidi criogenici NO SI Specificare quali _____

Polveri fini o fibre NO SI Specificare quali _____

Il locale è provvisto di impianto di aspirazione delle polveri NO SI

Tipologia di impianto: _____

Con animali NO SI

All'aperto NO SI

In celle fredde NO SI

Altro (specificare): _____

9. CONSEGNA DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI E INDUMENTI DI LAVORO

- Tuta Camice
- Casco di protezione Otoprotettori (Tappi Cuffie)
- Occhiali Scarpe antinfortunistiche
- Schermi facciali Maschere antipolvere
- Maschere per solventi, fumi, nebbie Guanti contro le aggressioni meccaniche
- Guanti contro le aggressioni chimiche Creme protettive/pomate
- Attrezzature di protezione contro le cadute (quali: _____)
- Indumenti di protezione contro le aggressioni chimiche
- Altro (specificare) _____

Formazione all'uso dei Dpi NO SI

Addestramento all'uso dei Dpi (di III categoria) NO SI

NOTE AGGIUNTIVE:

Data di compilazione: _____

Firma del **Responsabile dell'attività didattica e di ricerca in laboratorio** (ex art. 5 D.M. 363/98) /Preposto

Firma del **Direttore di Dipartimento/Responsabile di Servizio o Settore** _____

Firma del **lavoratore** _____

(per presa visione)



TABELLA A

IDENTIFICAZIONE DELLA SOSTANZA (SEZ. 1 della SDS)			IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI (SEZ. 2 della SDS)		UTILIZZO				
Nome Prodotto	N° CAS (Chemical Abstract Service)	Stato fisico (a)	Classificazione (Reg. CE n°1272/08)	Indice di Pericolo (Frase H)	Conservazione (SEZ. 7 della SDS)	MANIPOLAZIONE			
						Dispositivi di Protezione (SEZ. 8 della SDS)	Quantità (b)	Frequenza (c)	Durata (d)

(a) Stato fisico della sostanza: **G** = gas; **L** = liquido; **S** = solido

(b) Indicare il quantitativo minimo e/o massimo di utilizzo per ogni singola operazione

(c) Frequenza: **g** = giornaliera; **s** = settimanale; **m** = mensile; **a** = altro (specificare)

(d) Durata: indicare la durata dell'operazione di manipolazione della sostanza es.: pochi secondi, qualche minuto, 15 minuti, ecc.



TABELLA B

Nome Prodotto	Stato fisico (a)	Indice di Pericolo (Frase H)	Categoria 1A	Categoria 1B	Categoria 2	MANIPOLAZIONE					
						L'attività è svolta in sistema chiuso: SI/NO	L'attività è svolta sotto cappa chimica: SI/NO	È utilizzata maschera con filtro selettivo: SI/NO	Altri DPI utilizzati:	Quantità utilizzata (b)	Frequenza di utilizzo (c)

(a) Stato fisico della sostanza: **G** = gas; **L** = liquido; **MC** = massa compatta; **S** = scaglie; **P** = pulverulento; **MS** = matrice solida

(b) Indicare il quantitativo minimo di utilizzo per ogni singola operazione

(c) Frequenza: **g** = n° volte/giorno; **s** = n° volte/settimana; **m** = n° volte/mese