



Si dichiara, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.81/2008 e s.m.i., che in occasione di¹:

inizio collaborazione variazione di attività/mansioni variazione di rischio

inizio anno accademico _____

il giorno (gg/mm/aa) _____ / _____ / _____ il/la sig./a _____

che opera con la qualifica di (specificare tecnico, dottorando, etc.) _____

presso (specificare laboratorio, etc.) _____

del Dipartimento/struttura _____ è stato informato in merito a:

- rischi connessi all'attività svolta presso il Dipartimento; normative e disposizioni universitarie in materia;
- pericoli, rischi specifici e collaterali, cui è esposto con riguardo all'attività svolta;
- misure e attività di prevenzione e protezione adottate;
- procedure di funzionamento del sistema o attrezzature fonte di rischio;
- pericoli derivanti da sostanze e preparati pericolosi; schede di sicurezza e norme di buona tecnica;
- dispositivi di protezione individuale specifici necessari per l'attività svolta;
- aree ad accesso regolamentato;
- modalità di intervento in caso di pronto soccorso, lotta antincendio ed evacuazione e nominativo degli operatori specificamente incaricati nella struttura.

Con particolare attenzione ai fattori di rischio (barrare i riquadri che interessano):

uso di videoterminali gas compressi non tossici rischi biologici
 rischi di esposizione al rumore rischi di esposizione a campi elettromagnetici rischio elettrico
 radiazioni ottiche coerenti (laser) incendio ed esplosione rischi fisici
 rischi di esposizione alle vibrazioni lavori in altezza rischi chimici
 radiazioni ottiche incoerenti (ultraviolette, radiazioni visibili e radiazioni infrarosse)
 altro (specificare tipologia di rischio) _____

rischi da apparecchiature speciali (specificare) _____

materiale didattico consegnato (specificare) _____

Il Responsabile dell'attività di didattica e di ricerca ha verificato personalmente che la formazione e l'informazione è stata recepita in modo sufficiente ed adeguato, con particolare riferimento al posto di lavoro o studio ed alle mansioni svolte dall'interessato/a.

Brescia, il _____

Firma del
Il Lavoratore

Firma del

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

¹ barrare la casella corrispondente