



**Al Servizio di Prevenzione e Protezione
SEDE**

1. DATI LAVORATORE O EQUIPARATO

Nome _____ Cognome _____

Nata/o il _____ a _____

Codice fiscale: _____

Struttura di appartenenza: _____

Sede di lavoro: _____

Tel. _____ Cell _____ e-mail(UniBS) _____

Qualifica _____

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			

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

Tipo di contratto: _____

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

Part time NO SI _____ %

Descrizione dettagliata attività lavorativa svolta: _____

Argomento di ricerca e relativo titolare: _____

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

Se si, indicare il tipo: _____

2. INFORMAZIONE E FORMAZIONE, SORVEGLIANZA SANITARIA

Formazione già in possesso da parte del lavoratore o equiparato (ex art. 37 del D.lgs. 81/08 e s.m.i., Accordo Stato Regioni 07/07/2016):

- Parte generale (4 ore) Presente in inglese
Non presente
- Parte specifica

Rischio basso (4 ore)	Presente <input type="checkbox"/>	Non presente <input type="checkbox"/>	in inglese <input type="checkbox"/>
Rischio medio (8 ore)	Presente <input type="checkbox"/>	Non presente <input type="checkbox"/>	in inglese <input type="checkbox"/>
Rischio alto (12 ore)	Presente <input type="checkbox"/>	Non presente <input type="checkbox"/>	in inglese <input type="checkbox"/>

Attenzione: **dove la formazione viene indicata come presente, allegare gli attestati di formazione.**

Sorveglianza sanitaria:

Giudizio di idoneità ex art. 41 del D.lgs. 81/08 e s.m.i. Presente Non Presente

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

NOTE:



3. USO DI ATTREZZATURE MUNITE DI VIDEOTERMINALE

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

4. 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

5. 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: _____

6. UTILIZZO DI SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE

a. Esposizione ad agenti chimici pericolosi

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
Cancerogenità cat.1A e 1B	H350 e H350i	
Cancerogenità cat.2	H351	
Mutagenicità sulle cellule germinali cat.1 e 2	H340; H341	

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



7. 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) _____

8. ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI (Raggi X)

L'attività comporta esposizione a radiazioni ionizzanti NO SI

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

9. 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: _____

10. 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: _____



11. 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): _____

12. 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

UTILIZZO			MANIPOLAZIONE			
Nome Prodotto	Stato fisico (a)	Indice di Pericolo (Frase H)	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)	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