**Modello SS1 - Scheda individuale di**

**Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Genere: M/F**

**Nato a: Provincia:( ) Nazione:**

**il:**

**Codice fiscale:**

**Codice assistito (vedere tessera sanitaria):**

**Domicilio di residenza:**

**Telefono/cellulare:**

**Recapito (se differente dal domicilio):**

1. **Struttura\Dipartimento di afferenza**

**Indirizzo della sede abituale di lavoro:**

**Altre indicazioni (U.O., Padiglione, ecc.)**

**Tel. ufficio:**

**Fax ufficio:**

**Tel. laboratorio:**

**E-mail:**

1. **Data di assunzione/inizio rapporto:**
2. **Tipologia di contratto: tempo determinato/indeterminato**
3. **Data di fine rapporto (solo per tempo determinato):**
4. **Sorveglianza sanitaria**

**Presso l’Ateneo/presso altro ente**

1. **Qualifica** (barrare la casella d’interesse)

* Professore Ordinario, Professore Associato, Ricercatore Universitario
* Tecnico
* Amministrativo
* Bibliotecario
* Tirocinante
* Borsista
* Tesista
* Dottorando
* Specializzando
* Assegnista
* Collaboratore esterno
* Altro (specificare)

1. **Descrizione dettagliata dell’attività lavorativa svolta:**
2. **Argomento di ricerca e relativo titolare:**
3. **Informazioni di carattere generale sul luogo di lavoro** (barrare la casella d’interesse)

* **Aule 🞎 sì 🞎 no**
* **Uffici 🞎 sì 🞎 no**
* **Strutture sanitarie 🞎 sì 🞎 no**
* **Laboratori chimici 🞎 sì 🞎 no**
* **Laboratori biologici 🞎 sì 🞎 no**
* **Laboratori fisici/ambientali 🞎 sì 🞎 no**
* **Stabulari 🞎 sì 🞎 no**
* **Officine 🞎 sì 🞎 no**
* **Servizi Generali all’aperto 🞎 sì 🞎 no**

1. **Identificativo del Laboratorio/ufficio prevalentemente frequentato**

* **Presso l’Ateneo:**
* **Presso altri enti:**

1. **Lavori in particolari condizioni ambientali** (barrare la casella d’interesse)

* **Camere fredde 🞎 sì 🞎 no**
* **Camere calde 🞎 sì 🞎 no**
* **Camere bianche 🞎 sì 🞎 no**
* **Radiazioni ionizzanti 🞎 sì 🞎 no se sì indicare categoria**
* **Lavori in altezza 🞎 sì 🞎 no**
* **Lavori in oscurità 🞎 sì 🞎 no**
* **Lavori all’aperto 🞎 sì 🞎 no**
* **Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **DPI individuati** (barrare la casella d’interesse)

* **DPI della testa 🞎 sì 🞎 no**
* **DPI degli occhi e del viso 🞎 sì 🞎 no**
* **DPI dei piedi e delle gambe 🞎 sì 🞎 no**
* **DPI dell’udito 🞎 sì 🞎 no**
* **DPI delle vie respiratorie 🞎 sì 🞎 no**
* **DPI delle mani e delle braccia 🞎 sì 🞎 no**
* **DPI della pelle 🞎 sì 🞎 no**
* **DPI dell’intero corpo 🞎 sì 🞎 no**
* **DPI altri (specificare) 🞎 sì 🞎 no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Indumenti di protezione 🞎 sì 🞎 no**

1. **Uso di attrezzature munite di videoterminale per oltre 20 ore/settimana** (barrare la casella d’interesse)

**🞎 sì 🞎 no (se sì, compilare il modello videoterminalisti\_allegato\_maggiore\_20ore\_settimanali\_SS2\_SICUREZZA\_296)**

1. **Movimentazione manuale di carichi (MMC)**

**🞎 sì 🞎 no se sì fino a kg \_\_\_\_\_**

1. **Sono utilizzati dispositivi di sollevamento?**

**🞎 sì 🞎 no**

1. **Modalità operative**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Esposizione ad agenti Fisici** (barrare la casella d’interesse)

* **Rumore 🞎 sì 🞎 no**
* **Ultrasuoni 🞎 sì 🞎 no**
* **Infrasuoni 🞎 sì 🞎 no**
* **Vibrazioni 🞎 sì 🞎 no**
* **Radiofrequenze 🞎 sì 🞎 no**
* **Laser 🞎 sì 🞎 no Se si indicare la classe \_\_\_**
* **Ultravioletto 🞎 sì 🞎 no**
* **Infrarosso 🞎 sì 🞎 no**

**Esposizione ad agenti Biologici**

1. **Laboratorio Frequentato:**
2. **Descrizione dell’attività svolta:**
3. **Responsabile dell’attività di laboratorio:**
4. **Tabella Agenti biologici utilizzati (a cura del responsabile del laboratorio)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agente/liquido biologico/animale/colture cellulari/OGM/rifiuti biologici** | **Classe** | **Manipolazione** | | **Esposizione** | |
| **Frequenza** | **Durata** | **Diretta** | **Indiretta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Attività effettivamente svolte dall’utente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 |
| **C** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **D** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **F** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **P** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Rischio chimico**

1. **Laboratorio Frequentato:**
2. **Descrizione dell’attività svolta e modalità operative:**
3. **Responsabile dell’attività di laboratorio:**
4. **Tabella sostanze chimiche, cancerogene/mutagene o sospette tali (Frasi H H350 e/o H350i e/o H351 e/o H340 e/o H341; Frasi R R45 e/o R46 e/o R40 e/o R49) è necessario compilare anche la scheda cancerogeni allegata**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agente** | **Stato fisico** | **Etichettatura (es.: T, Xn, ecc.)** | **N° CAS** | **Frasi H (R)** | **Manipolazione** | | |
| **Quantità utilizzata (singola applicazione)** | **Frequenza**  **(come da scheda di laboratorio)** | **Durata**  **(come da scheda di laboratorio)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Tabella di valutazione del rischio chimico (per chi ha compilato la scheda di valutazione del rischio chimico relativo alla propria attività, a cura del Responsabile del laboratorio) se necessario aggiungere altre righe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A1** | **A2** | **A3** | **A4** | **A5** | **A6** | **A7** | **A8** | **A9** | **A0** | **Modalità operative** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **C** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **D** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **F** |

1. **Modalità operative, note:**

**Allegati**

* + Dichiarazione di avvenuta formazione (formazione\_avvenuta\_dichiarazione\_DFA\_SICUREZZA\_291)
  + N. \_\_\_\_ schede cancerogeni (cancerogeni\_scheda\_SICUREZZA\_295)
  + Scheda Videoterminali (videoterminalisti\_allegato\_maggiore\_20ore\_settimanali\_SS2\_SICUREZZA\_296)
  + Comunicazione inizio attività (inizio\_attività\_comunicazione\_M-I\_SICUREZZA\_287)
  + Scheda di destinazione lavorativa (destinazione\_lavorativa\_scheda\_MDL\_SICUREZZA\_286)
  + Richiesta visita medica preventiva (visita\_medica\_preventiva\_richiesta\_M-P\_SICUREZZA\_290)
  + Altro \_\_\_\_\_\_

Firma del Lavoratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Responsabile dell’Attività Didattica e di Ricerca in Laboratorio (art. 5 D.M.363/98)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Responsabile di struttura\Direttore di Dipartimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Attenzione!

* Il documento deve essere firmato dal Lavoratore, dal Responsabile e dal Direttore di Dipartimento/Struttura.
* La documentazione, **debitamente compilata, firmata e completa degli allegati necessari,** dovrà essere trasmessa alla Segreteria del Dipartimento di afferenza.
* Per qualsiasi dubbio nella compilazione contattare i numeri: 0332 219051 –9050 - 9317 oppure 031 2389346