



**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
DELLE ATTIVITÀ CON IMPIEGO DI AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI**

Scheda n.	Data inizio impiego	Data cessazione impiego
Cognome e nome		Luogo di utilizzo
Agente utilizzato	Impiego puro? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> in soluzione al <b>%</b>	
CAS		
Cancerogeno o sospetto cancerogeno (R45 R49 R 40 H350 H351) <input type="checkbox"/>		
Mutageno o sospetto mutageno (R46 H340 H341) <input type="checkbox"/>		

Attività:			
Fase 1 descrizione:			
Fase 2 descrizione:			
Fase 3 descrizione:			
	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Stato fisico	<input type="checkbox"/> gas <input type="checkbox"/> polvere <input type="checkbox"/> liquido <input type="checkbox"/> gel	<input type="checkbox"/> gas <input type="checkbox"/> polvere <input type="checkbox"/> liquido <input type="checkbox"/> gel	<input type="checkbox"/> gas <input type="checkbox"/> polvere <input type="checkbox"/> liquido <input type="checkbox"/> gel
Quantità manipolata (Q)	<input type="checkbox"/> Q > 250ml/100g <input type="checkbox"/> 50ml/1g<Q<250ml/100g <input type="checkbox"/> Q ≤ 50ml/1g	<input type="checkbox"/> Q > 250ml/100g <input type="checkbox"/> 50ml/1g<Q<250ml/100g <input type="checkbox"/> Q ≤ 50ml/1g	<input type="checkbox"/> Q > 250ml/100g <input type="checkbox"/> 50ml/1g<Q<250ml/100g <input type="checkbox"/> Q ≤ 50ml/1g
Numero di manipolazioni all'anno (F)	<input type="checkbox"/> F>12 <input type="checkbox"/> 5<F<12 <input type="checkbox"/> F≤ 5	<input type="checkbox"/> F>12 <input type="checkbox"/> 5<F<12 <input type="checkbox"/> F≤ 5	<input type="checkbox"/> F>12 <input type="checkbox"/> 5<F<12 <input type="checkbox"/> F≤ 5
Tempo di esposizione in minuti continui	<input type="checkbox"/> T>30 <input type="checkbox"/> 15<T<30 <input type="checkbox"/> T≤ 5	<input type="checkbox"/> T>30 <input type="checkbox"/> 15<T<30 <input type="checkbox"/> T≤ 5	<input type="checkbox"/> T>30 <input type="checkbox"/> 15<T<30 <input type="checkbox"/> T≤ 5
Impiego di cappa chimica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

DPI utilizzati		
Guanti <input type="checkbox"/>	Occhiali <input type="checkbox"/>	Maschera con filtro <input type="checkbox"/>
Schermo <input type="checkbox"/>	Altro? <input type="checkbox"/> Descrivere	
Possibilità di sostituzione? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> , perché		



L'interessato	Il Responsabile di attività
L'addetto locale alla sicurezza	Il Responsabile di struttura
Luogo e data:	

Livello di esposizione			Luogo
B <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Il Responsabile/l'Addetto del Servizio