



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DELLA
Tuscia

SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE

Via S. Maria in Gradi, 4
01100 VITERBO
Tel. 0761 357934
E-mail spp@unitus.it

QUESTIONARIO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ESPOSIZIONE AI RISCHI SUL LUOGO DI LAVORO

Il/la sottoscritto/a

In qualità di : RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ

del laboratorio/ufficio

Situato nell' Edificio PianoN° stanza.....

Dipartimento/Struttura.....

DICHIARA

Che il/la Signor/Signora/Dottore/Dottoressa

NOME..... COGNOME.....

Codice Fiscale Nato a il

Telefono interno Cellulare (obbligatorio)..... e-mail (obbligatoria)

Svolgerà la propria attività presso il succitato laboratorio/ufficio dal al

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ SVOLTA ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA:

Descrizione dettagliata delle attività lavorative abitualmente svolte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QUADRO A	INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE SUL LAVORATORE
-----------------	--

- Dipendente con contratto a tempo indeterminato
- Dipendente con contratto a tempo determinato
- Non dipendente
- Dipendente di altro ente in convenzione con l'Università

Orario di lavoro:
orario giornaliero di lavoro.....

part-time SI NO

Se si indicare la percentuale

VERTICALE ORIZZONTALE

Qualifica:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Docente/Ricercatore | <input type="checkbox"/> Tecnico | <input type="checkbox"/> Amministrativo | <input type="checkbox"/> Bibliotecario |
| <input type="checkbox"/> Tirocinante | <input type="checkbox"/> Borsista | <input type="checkbox"/> Tesista | <input type="checkbox"/> Dottorando |
| <input type="checkbox"/> Specializzando | <input type="checkbox"/> Assegnista | <input type="checkbox"/> Collaboratore esterno | <input type="checkbox"/> Studente |

Altro:

Mansione lavorativa formalmente attribuita (anche con ordine di servizio):

.....

QUADRO A 1	INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE SUL LUOGO DI LAVORO
-------------------	---

Abituali luoghi di lavoro (indicare a lato le ore settimanali di permanenza) :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aule ore | <input type="checkbox"/> Laboratori ore..... | <input type="checkbox"/> Officine ore | <input type="checkbox"/> Locali tecnologici ore |
| <input type="checkbox"/> Uffici ore | <input type="checkbox"/> Stabulari ore ... | <input type="checkbox"/> Poderi/parcelle ore | <input type="checkbox"/> All'aperto ore |

Altro:

QUADRO B	USO DI ATTREZZATURE MUNITE DI VDT (computer)
-----------------	---

Uso di attrezzature munite di VDT: SI NO

Se SI, specificare il numero di ore **consecutive giornalieri** di utilizzo del VDT:

FRQUENZA SETTIMANALE

- ≤ 3 giorni/settimana 4 giorni/settimana 5 giorni/settimana 6 giorni/settimana

FREQUENZA ANNUALE

- ≤ 3 mesi tra 3 e 6 mesi > 6 mesi

QUADRO C	ESPOSIZIONE A MOVIMENTAZIONE DI CARICHI
-----------------	--

L'attività comporta la movimentazione manuale di carichi: NO
 SI fino a kg:

Frequenza di sollevamento:

Sono utilizzati dispositivi di sollevamento: SI NO

Modalità operative:

QUADRO D	ESPOSIZIONE AD AGENTI FISICI
-----------------	-------------------------------------

L'attività lavorativa comporta esposizione a:

<input type="checkbox"/> Rumore	<input type="checkbox"/> Vibrazioni	<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Infrarosso
<input type="checkbox"/> Amianto	<input type="checkbox"/> Radiofrequenze	<input type="checkbox"/> Ultravioletto	<input type="checkbox"/> Ultrasuoni

Altro

QUADRO E	LAVORI IN PARTICOLARI CONDIZIONI AMBIENTALI
-----------------	--

Indicare le ore di permanenza settimanale:

	SI	NO		SI	NO		
Celle fredde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ore.....	Lavori in altezza (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ore
Lavori in oscurità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ore.....	Lavori subacquei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ore
Lavori all'aperto(**)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ore.....	Lavori in serra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ore

Altro (specificare):

.....

(*) Si intendono "lavori in altezza" le attività che comportano manovre in postazioni elevate.

(**) Si intendono per "lavori all'aperto" quelle campagne di monitoraggio o campionamento o comunque attività che obbligano il personale a stazionare all'aperto in modo continuo per periodi significativi del tempo/lavoro.

QUADRO F	RADIAZIONI IONIZZANTI
-----------------	------------------------------

L'attività lavorativa comporta esposizione a radiazioni ionizzanti: SI NO

Se SI, classificazione radioprotezione: Cat.A Cat.B

QUADRO G	ESPOSIZIONE AD AGENTI BIOLOGICI (VEDI TABELLE di cui al D.Lgs 81/08, art.268, allegato XLVI)
-----------------	--

L'attività comporta l'esposizione ad agenti biologici NO SI

Tipo d'uso Agenti Biologici.: Intenzionale (volontario) Non intenzionale

Tipo agenti biologici: batteri funghi colture cellulari

microrg. genet. modificati virus..... parassiti.....

Utilizzo di agenti biologici patogeni: SI NO

Se si indicare il gruppo di appartenenza dell'agente biologico a cui si è esposti secondo la tabella XLVI di cui al D.Lgs.81/2008. http://www.unitus.it/public/platforms/20/cke_contents/927/allegato_XLVI.pdf

Gruppo 1 Gruppo 2 Gruppo 3 Gruppo 4

Materiali con potenziale presenza di agenti biologici:

matrici ambientali materiale/liquidi biologici

animali altro

Uso di sangue /siero umano/animale : NO SI

Provenienza dei campioni: Interna alla struttura

esterna alla struttura

(indicare provenienza)

Origine dei campioni: umana animale colture ambiente

Volumi coinvolti (ml) per ogni singolo campione:

<5 tra 5 e 10 tra 10 e 100 tra 100e 1000 >1000

Frequenza d'uso/presenza:

giornaliera settimanale mensile qualche volta/anno altro.....

Operazioni con lame/ago/oggetti taglienti: NO SI

Operazioni che generano aerosol/schizzi: NO SI

QUADRO G1	ESPOSIZIONE AD AGENTI CHIMICI
-----------	--------------------------------------

L'attività comporta l'esposizione ad agenti chimici: NO SI

Se sì, in base all'elenco delle attività riportate nel fascicolo di laboratorio relativo alla valutazione del rischio chimico, compilare la seguente tabella.

Scheda del rischio chimico riferita al laboratorio:.....

Codice di identificazione delle attività

A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	A.6	A.7	A.8	A.9	A.10	
										C
										D
										F

Nel caso in cui nel laboratorio non sia presente il fascicolo di laboratorio per la valutazione del rischio chimico provvedere alla compilazione ed invio al SPP delle specifiche schede 1,2,3,4 scaricabili dal sito del SPP .

QUADRO H	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE UTILIZZATI
----------	---

Specificare a fianco:

- Dispositivi di protezione della testa:
- Dispositivi di protezione dell'udito:
- Dispositivi di protezione degli occhi e del viso:
- Dispositivi di protezione delle vie respiratorie:
- Dispositivi di protezione delle mani e delle braccia:
- Dispositivi di protezione dei piedi e delle gambe:
- Dispositivi di protezione della pelle:
- Dispositivi di protezione del tronco e dell'addome:
- Dispositivi di protezione dell'intero corpo:
- Indumenti di protezione:
- Non previsti:

QUADRO I	SISTEMI DI ASPIRAZIONE NEI LABORATORI FREQUENTATI
----------	--

- Assenti Presenti Al banco/cappa Nei locali Cappe a flusso laminare
- Altro (specificare):

Data

Firma del Responsabile dell'attività

Firma del lavoratore

Firma del Direttore del Dipartimento

Il presente questionario dovrà essere aggiornato inviandolo al SPP ad ogni variazione di mansione ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008.

Sezione riservata al SPP :

Sezione riservata al Medico Competente
--