



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 di afferenza

Indirizzo della sede abituale di lavoro: _____

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

Tel. ufficio: _____

Fax ufficio: _____

Tel. laboratorio: _____

E-mail: _____

2. Data di assunzione/inizio rapporto: _____

3. Tipologia di contratto: tempo determinato/indeterminato

4. Data di fine rapporto (solo per tempo determinato): _____

5. Sorveglianza sanitaria

Presso l'Ateneo/presso altro ente _____

6. 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) _____



7. Descrizione dettagliata dell'attività lavorativa svolta:

8. Argomento di ricerca e relativo titolare:

9. 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

10. Identificativo del Laboratorio/ufficio prevalentemente frequentato

- Presso l'Ateneo:

- Presso altri enti:

11. 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) _____
-

12. 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

13. 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)

14. Movimentazione manuale di carichi (MMC)
 sì no se sì fino a kg _____

15. Sono utilizzati dispositivi di sollevamento?
 sì no

16. Modalità operative

17. 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

18. Laboratorio Frequentato:

19. Descrizione dell'attività svolta:

20. Responsabile dell'attività di laboratorio:



21. Tabella Agenti biologici utilizzati (a cura del responsabile del laboratorio)

Agente/liquido biologico/animale/culture cellulari/OGM/rifiuti biologici	Classe	Manipolazione		Esposizione	
		Frequenza	Durata	Diretta	Indiretta

22. Attività effettivamente svolte dall'utente

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

Rischio chimico

23. Laboratorio Frequentato:

24. Descrizione dell'attività svolta e modalità operative:

25. Responsabile dell'attività di laboratorio:



26. Tabella sostanze chimiche cancerogene/mutagene o sospette tali (Frase H H350 e/o H350i e/o H351 e/o H340 e/o H341; Frase 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	Frase H (R)	Manipolazione		
					Quantità utilizzata (singola applicazione)	Frequenza (come da scheda di laboratorio)	Durata (come da scheda di laboratorio)

27. 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

28. 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 _____

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 appartenenza.
- Per qualsiasi dubbio nella compilazione contattare i numeri: 0332 219051 – 9317 oppure 031 2389346