



ANAGRAFICA LAVORATIVA

Matricola: _____ Cognome: _____ Nome: _____

Qualifica: **Laureando** _____ Luogo e Data di nascita: _____
Professore, Ricercatore, TAB, Dottorando, Assegnista, Studente, ecc

Domicilio Via: _____ N°: _____ Città: _____ PR: _____

Indirizzo e-mail: _____ Cellulare: _____

Cod. struttura: _____ Struttura: **Dipartimento di Fisica** _____ Edificio: _____ Piano: _____
(Facoltà, Dipartimento, Centro, Biblioteca, Area, ecc.)

Stanza N°: _____ Telefono: _____ Indirizzo sede Lavorativa: _____

Descrizione dell'attività svolta:

Tesi teorica dal titolo:.....
.....

POTENZIALI RISCHI DI ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALI

RISCHI PER LA SICUREZZA (INFORTUNISTICI)

DI NATURA MECCANICA

Lavori con elevatori quali gru, carri ponte, paranchi, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Lavori con muletti, carrelli elevatori, mezzi movimentazione terra?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Lavori su ponteggi, scale, trabattelli ed impalcature?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Esegui interventi di manutenzione (idraulica, meccanica, muratura)?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Lavori con oggetti taglienti e appuntiti (aghi, vetreria, coltelli, bisturi, cacciavite) o con macchine utensili?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Lavori su superfici sdruciolevoli o bagnate?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Esegui lavorazioni che comportano pericolo di caduta di gravi dall'alto?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Esegui lavorazioni che comportano pericolo di caduta dall'alto oltre i 2 metri?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Lavori in ambienti ad escursioni bariche? (ad esempio camere iperbariche, immersioni subacquee)	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Lavori in ambienti confinati? (serbatoi, silos, recipienti, reti fognarie, ecc.)	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno

DI NATURA TERMICA

Lavori in celle frigorifere o in ambienti a temperatura controllata?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Lavori a stretto contatto con fonti di calore quali forni essiccatoi o in ambienti surriscaldati?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno
Esegui lavorazioni che comportano rischio di ustioni?	<input checked="" type="checkbox"/> no	.....Ore/giorno	.....Giorni/Mese	.....Mesi/anno

DI NATURA ELETTRICA

Esegui operazioni di manutenzione su impianti elettrici o utilizzi apparecchiature elettriche, ad esclusione delle usuali apparecchiature d'ufficio: fax, fotocopiatrici, computer, stampanti, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/> noOre/giornoGiorni/MeseMesi/anno
--	--	-----------------	------------------	----------------

DI NATURA CHIMICA

Usi sostanze pericolose per incendio o per esplosione?	<input checked="" type="checkbox"/> noOre/giornoGiorni/MeseMesi/anno
--	--	-----------------	------------------	----------------



RISCHI PER LA SALUTE (IGIENICO AMBIENTALE)

SCHEDA VDT (VIDEOTERMINALI)

Lavori con il computer?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Quante ore a settimana lavori con il computer in modo sistematico ed abituale?	Numero ore:
Da quanti anni usi il computer?	Numero anni:
Attualmente quale tipo di attività svolgi al computer?	<input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> videoscrittura <input type="checkbox"/> consultazioni <input type="checkbox"/> immissione dati in database <input type="checkbox"/> programmazione <input type="checkbox"/> Altro:

POSTAZIONE DI LAVORO

Video/monitor

Il video è regolabile in luminosità e contrasto?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Il monitor del computer è orientabile?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Il video presenta immagini stabili?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Tastiera e dispositivi di puntamento

La tastiera è spostabile e indipendente?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
La tastiera è appoggiata su un supporto estraibile?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Il mouse o qualsiasi sistema di puntamento in dotazione è posto sullo stesso piano della tastiera, è facilmente raggiungibile e dispone di spazio adeguato per il suo uso?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Tavolo

Il tavolo di lavoro presenta una superficie non riflettente?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Se no, riportare il colore e tipologia	
La postazione di lavoro presenta spazio sufficiente per le gambe?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Il piano di lavoro presenta dimensioni sufficienti a permettere la disposizione dello schermo, della tastiera, dei documenti e del materiale accessorio?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Sedile

L'altezza del sedile è regolabile?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
La seduta del sedile è imbottita?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Lo schienale è regolabile in altezza ed inclinazione?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
La base del sedile presenta 5 razze?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Nella postazione di lavoro è presente il poggiatesta?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Riflessi e abbagliamenti

La tua postazione di lavoro è posizionata in modo che le fonti luminose non producano riflessi?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Le finestre sono munite di tende o schermi regolabili?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Avete a disposizione una lampada da tavolo?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Computer portatili

Utilizza in maniera prolungata nel suo orario di lavoro computer portatili?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Se sì, è dotato di tastiera e mouse esterni?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Il PC portatile è dotato di un idoneo supporto per consentire il corretto posizionamento dello schermo?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

data

Firma del dipendente o dell'equiparato

Firma del Dirigente(1)

Firma del Datore di Lavoro della Struttura(2)

(1) Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (R.A.D., Responsabile di Laboratorio, Direttori Biblioteche e Musei, ecc.)
(2) Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (Direttore generale, Presidi, Direttore di Dipartimento, Direttore di Area, ecc)



RISCHI TRASVERSALI-ORGANIZZATIVI

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Nella tua attività si presentano condizioni di lavoro usuranti? (Es. sistemi di turni, lavoro notturno, ecc.)	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
La tua attività lavorativa si svolge per almeno tre ore nell'intervallo fra la mezzanotte e le cinque del mattino, per un minimo di 80 gg all'anno?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Nella tua attività lavori con animali di laboratorio?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Esistono procedure per far fronte ad incidenti e situazioni di emergenza?	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Nella tua attività sono presenti condizioni di lavoro difficile legati alla ergonomia delle attrezzature?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Nella tua attività lavori con animali di laboratorio?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Lavori in condizioni di pressione superiore o inferiore al normale?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Lavori in condizioni climatiche esasperate?	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Lavori in acqua (in superficie o in immersione)	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Lavori come conducente di automezzi?	<input checked="" type="checkbox"/> no
Per il tuo lavoro che tipo di patente utilizzi?	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

FATTORI ERGONOMICI

Esegui attività comportante la movimentazione di oggetti?		<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Che tipo di movimentazione effettui?	<input type="checkbox"/> sollevare <input type="checkbox"/> deporre <input type="checkbox"/> spingere <input type="checkbox"/> tirare <input type="checkbox"/> portare <input type="checkbox"/> spostare	
Quanto pesa il carico ?	<input type="checkbox"/> meno di 3 Kg <input type="checkbox"/> Tra 3 e 5 Kg <input type="checkbox"/> tra 5 e 10 Kg <input type="checkbox"/> tra 10 e 20 Kg <input type="checkbox"/> maggiore di 20 Kg	
Con quale frequenza viene ripetuto la movimentazione:	.....Volte al minuto .....Volte l'ora .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
Utilizzi ausili per la movimentazione		<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Se "SI" Quali		
Nella tua attività esegui gesti lavorativi di spalla e/o gomito e/o polso e/o mano e/o dita, con movimenti/sforzi uguali di elevata frequenza?		<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Tipo di attività svolta:	<input type="checkbox"/> sollevare <input type="checkbox"/> deporre <input type="checkbox"/> spingere <input type="checkbox"/> tirare <input type="checkbox"/> spostare <input type="checkbox"/> altro	
Quanti movimenti/sforzi uguali compi?	.....Volte al minuto .....Volte l'ora .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
Utilizzi ausili per la movimentazione		<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no
Se "SI" Quali		

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI E COLLETTIVI

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (DPI)

Utilizzi nella tua attività i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)? si no

Dispositivi di protezione della testa

elmetti di protezione

Dispositivi di protezione dell'udito

ottoprotettori quali tappi e cuffie antirumore per le orecchie

Dispositivi di protezione degli occhi e del viso

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> occhiali a maschera | <input type="checkbox"/> occhiali di protezione contro le radiazioni infrarossi |
| <input type="checkbox"/> occhiali di protezione contro i raggi X | <input type="checkbox"/> occhiali di protezione per agenti chimici |
| <input type="checkbox"/> occhiali di protezione contro i raggi laser | <input type="checkbox"/> occhiali di protezione per agenti biologici |
| <input type="checkbox"/> occhiali di protezione contro le radiazioni ultraviolette | <input type="checkbox"/> schermi facciali |
| <input type="checkbox"/> occhiali di protezione da radiazioni IR | |

Dispositivi di protezione delle vie respiratorie

- maschere antipolvere maschere antigas maschere con filtri maschere a carboni attivi

Dispositivi di protezione delle mani e delle braccia

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> guanti | <input type="checkbox"/> guanti in neoprene e PVC | <input type="checkbox"/> guanti elettroisolanti | <input type="checkbox"/> Guanti antitaglio |
| <input type="checkbox"/> guanti monouso in lattice | <input type="checkbox"/> guanti per sostanze chimiche | <input type="checkbox"/> fasce di protezione dei polsi | <input type="checkbox"/> Guanti monouso in nitrile |
| <input type="checkbox"/> guanti in cotone | <input type="checkbox"/> guanti termoisolanti | <input type="checkbox"/> manopole | |

Dispositivi di protezione dei piedi e delle gambe

- calzature antinfortunistiche stivali ginocchiere



Altri dispositivi di protezione individuale

- camice resistente agli acidi cintura di sicurezza grembiule per radioprotezione
 giubbotti e giacche di sicurezza imbracature di sicurezza collare per radioprotezione

Altro: _____

Indumenti protettivi e attrezzature di sicurezza (non DPI)

- Camici, Propipette Pinze per oggetti surriscaldati
 Tute Dispenser Altro _____
 Pipettatrici automatiche Pinze per la raccolta di vetri rotti Altro _____

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE COLLETTIVI (DPC)

Utilizzi nella tua attività i Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC) si no

<input type="checkbox"/> cappa chimica di Gruppo 1	0,4≤v<0,5m/s cappa idonea per sostanze a bassa nocività, ossia con TLV>100ppm (17-18)
<input type="checkbox"/> cappa chimica di Gruppo 2	0,5≤v<0,7m/s cappa idonea per sostanze a media nocività, ossia con 1ppm≤TLV≤100ppm
<input type="checkbox"/> cappa chimica di Gruppo 3	0,7≤v<0,85m/s cappa idonea per sostanze ad elevata nocività, ossia con TLV<1ppm
<input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe I	apertura frontale, il contenimento è dato dall'aria esterna richiamata dall'apertura frontale, filtro HEPA sull'aria in uscita basso rischio; microrganismi di gruppo 1-2
<input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe II	apertura frontale che permette l'ingresso dell'aria, flusso laminare verticale nell'area di lavoro filtro HEPA sull'aria in ingresso ed in uscita se oltre al campione biologico sono presenti sostanze mutagene, cancerogene, radioattive l'aria espulsa deve essere convogliata all'esterno medio rischio microrganismi di gruppo 2-3
<input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe III	chiusura ermetica, funzionano in pressione negativa, accesso consentito da guanti; filtro HEPA sull'aria in ingresso, doppio filtro HEPA sull'aria in uscita alto rischio; microrganismi di gruppo 4
<input type="checkbox"/> "glove box"	

data

Firma del dipendente o dell'equiparato

Firma del Dirigente(19)

Timbro del Dirigente(20)

Firma del Datore di Lavoro della Struttura(21)

Timbro del Datore di Lavoro della Struttura(20)

La **Scheda di Destinazione Lavorativa (SDL)**, compilata e firmata dal Lavoratore e dal Datore di Lavoro e dal Dirigente **verrà inviata** per scansione al Centro di Medicina Occupazionale all'indirizzo **sdl@uniroma1.it** o (solo nel caso in cui non sia possibile l'invio per email) **al fax al 29995** (0649919995).

Questi recapiti sono utilizzabili esclusivamente al fine di inviare la SDL.

(17) v = velocità di aspirazione frontale della cappa chimica misurata posizionando il pannello frontale ad altezza di 40 cm rispetto al piano di lavoro

(18) TLV-TWA = Valore limite di soglia - media ponderata nel tempo. Concentrazione media ponderata nel tempo (8 ore) alla quale si ritiene che gli operatori possano essere esposti senza effetti negativi.

(19) Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (R.A.D., Responsabile di Laboratorio, Direttori Biblioteche e Musei, ecc.)

(20) Nel caso non in possesso del timbro scrivere cognome e nome in stampatello

(21) Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (Direttore generale, Presidi, Direttore di Dipartimento, Direttore di Area, ecc)