



## ANAGRAFICA LAVORATIVA

Matricola: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_ Luogo e Data di nascita: \_\_\_\_\_

Professore, Ricercatore, TAB, Dottorando, Assegnista, Studente, ecc

Domicilio Via: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Cod. struttura: \_\_\_\_\_ Struttura: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_

(Indicare denominazione Facoltà, Dipartimento, Centro, Biblioteca, Area, ecc.)

Stanza N°: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Indirizzo sede Lavorativa: \_\_\_\_\_

Attività Lavorativa/Tirocinio/Tesi/Dottorato, ecc. Data inizio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data Fine \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Descrizione dell'attività svolta: .....

## POTENZIALI RISCHI DI ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALI

### RISCHI PER LA SICUREZZA (INFORTUNISTICI)

#### DI NATURA MECCANICA

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

#### DI NATURA TERMICA

Lavori in celle frigorifere o in ambienti a temperatura controllata?	<input 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 type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
Esegui lavorazioni che comportano rischio di ustioni?	<input 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 type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
--	---

#### DI NATURA CHIMICA

Usi sostanze pericolose per incendio o per esplosione?	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
--	---



## RISCHI PER LA SALUTE (IGIENICO AMBIENTALE)

### SCHEDA VDT (VIDEOTERMINALI)

Lavori con il computer?	<input type="checkbox"/> sì <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 type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Il monitor del computer è orientabile?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Il video presenta immagini stabili?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

#### Tastiera e dispositivi di puntamento

La tastiera è spostabile e indipendente?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
La tastiera è appoggiata su un supporto estraibile?	<input type="checkbox"/> sì <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 type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

#### Tavolo

Il tavolo di lavoro presenta una superficie non riflettente?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Se no, riportare il colore e tipologia	
La postazione di lavoro presenta spazio sufficiente per le gambe?	<input type="checkbox"/> sì <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 type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

#### Sedile

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

#### Riflessi e abbagliamenti

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

#### Computer portatili

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

### **CLIMA, MICROCLIMA E MACROCLIMA**

Nel tuo lavoro si presentano condizioni climatiche esasperate per periodi prolungati?	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
Specificare l'attività (per es. edilizia, campagna archeologica, geologica, subacquea ecc.)	
Dove si svolge la suddetta attività	

### **FIBRE/POLVERI/PARTICOLATO AERODISPERSO**

Nel tuo lavoro si presentano attività che possono produrre fibre, polveri e/o particolato aerodisperso?	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
---	---

Specificare, quali: \_\_\_\_\_

### **RUMORE**

Utilizzi macchinari o apparecchiature che producono rumore?	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
---	---

Specificare, quali: \_\_\_\_\_

### **VIBRAZIONI**

Utilizzi macchine utensili quali martello pneumatico, carteggiatrice, smerigliatrice, trapano, o altri utensili che possono indurre o provocare vibrazioni e scuotimenti?	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
---	---

Specificare, quali: \_\_\_\_\_

Utilizzi per la tua attività gru ed autogrù, trattori, ruspe carrelli elevatori, motociclette ed altri mezzi di trasporto, etc.	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
---	---

Specificare, quali: \_\_\_\_\_

### **RADIAZIONI IONIZZANTI (3)**

Utilizzi sorgenti di radiazioni ionizzanti?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> prevalente
---	--

Se sì, indicare il tipo di sorgente/i: \_\_\_\_\_

Si utilizzano macchine radiogene ?		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Macchina radiogena	frequenza di utilizzo	luogo di lavoro, caratteristiche e modalità d'uso
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	

Si utilizzano sostanze radioattive in forma <b>non</b> sigillata?		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Radionuclide	frequenza di utilizzo	luogo di lavoro, caratteristiche e modalità d'uso
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	

(3) Ai sensi del D.Lgs. 230/95 la valutazione di radioesposizione e le verifiche periodiche sono affidate all'Esperto qualificato d'Ateneo e al Servizio di Fisica Sanitaria



Si utilizzano sostanze radioattive in forma sigillata?		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Radionuclide	frequenza di utilizzo	luogo di lavoro, caratteristiche e modalità d'uso
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	

Accesso nelle zone controllate e/o sorvegliate		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Zona	Classificazione	Frequenza di accesso
	<input type="checkbox"/> Sorvegliata <input type="checkbox"/> Controllata	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese.....Mesi/anno
	<input type="checkbox"/> Sorvegliata <input type="checkbox"/> Controllata	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese.....Mesi/anno
	<input type="checkbox"/> Sorvegliata <input type="checkbox"/> Controllata	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese.....Mesi/anno
	<input type="checkbox"/> Sorvegliata <input type="checkbox"/> Controllata	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese.....Mesi/anno

## RADIAZIONI NON IONIZZANTI

### Radiazioni ottiche artificiali (ROA)

Radiazioni ultraviolette	tipo di sorgente	frequenza di utilizzo
<input type="checkbox"/> UVC (100-280 nm)		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> UVB (280-315 nm)		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> UVA (315-400 nm)		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
Radiazioni visibili	tipo di sorgente	frequenza di utilizzo
<input type="checkbox"/> Radiazioni visibili (380-780 nm)		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
Radiazioni infrarosse	tipo di sorgente	frequenza di utilizzo
<input type="checkbox"/> IRA (780-1400 nm)		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> IRB (1400-3000 nm)		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> IRC (3000 nm-1 mm)		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
Radiazione laser		frequenza di utilizzo
<input type="checkbox"/> Classe I		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> Classe II		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> Classe III		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> Classe IV		.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno

### Campi Elettromagnetici (CEM)

	frequenza HZ	tipo di sorgente	frequenza di utilizzo
<input type="checkbox"/> Campo statico			.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> ELF			.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> Radiofrequenze			.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
<input type="checkbox"/> Microonde			.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno

Indicare brevemente il luogo di lavoro, le caratteristiche e le modalità d'uso: \_\_\_\_\_

## DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI/COLLETTIVI

SI UTILIZZANO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) E/O COLLETTIVI (DPC)?  SI  NO

Se "si" ricordarsi di compilare la sezione "dispositivi di protezione" in fondo al modulo

data .....

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente o dell'equiparato

\_\_\_\_\_  
Firma del Dirigente(4)

\_\_\_\_\_  
Firma del Datore di Lavoro della Struttura(5)

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

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



## RISCHI CHIMICI

Responsabile del Laboratorio \_\_\_\_\_ Struttura: \_\_\_\_\_

(Facoltà, Dipartimento, Centro, Biblioteca, Area, ecc.)

Edificio \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_ Stanza: \_\_\_\_\_ Attività di laboratorio Data inizio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data Fine \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Natura dell'attività

- Laboratorio di didattica  Laboratorio di ricerca

### Tipologia del laboratorio

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> di chimica qualitativa  | <input type="checkbox"/> di chimica organica    | <input type="checkbox"/> fisico                    |
| <input type="checkbox"/> di chimica quantitativa | <input type="checkbox"/> di chimica fisica      | <input type="checkbox"/> fisico meccanico          |
| <input type="checkbox"/> di chimica strumentale  | <input type="checkbox"/> di biochimica          | <input type="checkbox"/> Officina meccanica        |
| <input type="checkbox"/> di chimica analitica    | <input type="checkbox"/> di chimica preparativa | <input type="checkbox"/> Officina elettromeccanica |
| <input type="checkbox"/> di chimica inorganica   | <input type="checkbox"/> strumentale            | <input type="checkbox"/> Altro _____               |

Tempo di permanenza medio giornaliero in laboratorio:  < 1 ora  tra 1 e 3 ore  tra 3 e 5 ore  tra 5 e 8 ore Altro \_\_\_\_\_

Concomitanza delle proprie attività con la presenza di altre persone:  si  no

Abitudini al fumo:  no  ex fumatore  fumatore n. sigarette \_\_\_/giorno

### Indicare le attrezzature che abitualmente utilizzi nel laboratorio:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agitatore               | <input type="checkbox"/> Cappa chimica            | <input type="checkbox"/> pHmetro             | <input type="checkbox"/> Spettrofotometro     |
| <input type="checkbox"/> Autoclave               | <input type="checkbox"/> Centrifuga               | <input type="checkbox"/> Phon                | <input type="checkbox"/> Termostato           |
| <input type="checkbox"/> Bagnomaria              | <input type="checkbox"/> Fabbricatore di ghiaccio | <input type="checkbox"/> Piastra riscaldante | <input type="checkbox"/> Rotavapor            |
| <input type="checkbox"/> Becco Bunsen            | <input type="checkbox"/> Forno essiccatore        | <input type="checkbox"/> Pompa a vuoto       | <input type="checkbox"/> Gas Cromatografo     |
| <input type="checkbox"/> Bilancia                | <input type="checkbox"/> Frigorifero              | <input type="checkbox"/> Pompa peristaltica  | <input type="checkbox"/> Cromatografo Liquido |
| <input type="checkbox"/> Bilancia analitica      | <input type="checkbox"/> Lavavetreria             | <input type="checkbox"/> Sistema filtrante   | <input type="checkbox"/> Altro _____          |
| <input type="checkbox"/> Cappa a flusso laminare | <input type="checkbox"/> Microscopio              | <input type="checkbox"/> Sonicatore          | <input type="checkbox"/> Altro _____          |

### Dispositivi di protezione Individuali/Collettivi

SI UTILIZZANO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) E/O COLLETTIVI (DPC)?  SI  NO

Se "si" compilare la sezione "Dispositivi di protezione" in fondo al modulo

### Indicare altri eventuali rischi, oltre a quelli di natura chimica:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> da agenti biologici       | <input type="checkbox"/> da radiazioni ionizzanti    | <input type="checkbox"/> da emissioni di ultrasuoni |
| <input type="checkbox"/> da campi elettromagnetici | <input type="checkbox"/> da radiazioni infrarosse    | <input type="checkbox"/> Altro _____                |
| <input type="checkbox"/> da sorgenti laser         | <input type="checkbox"/> da radiazioni ultraviolette | <input type="checkbox"/> Altro _____                |

### Sostanze o composti organici e inorganici utilizzati abitualmente

#### Frequenza di esposizione

1. sostanza (%)	n. CAS (6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

#### Durata di esposizione (7)

Stato (8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore <input type="checkbox"/> > 6 ore

#### Quantità manipolata (7-9)

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50-100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

(6) Vedi etichetta e/o scheda di sicurezza della sostanza/prodotto

(7) Barrare la casella che interessa – La durata di esposizione e quantità manipolata si riferiscono all'uso giornaliero e in caso di uso variabile indicare le condizioni di massimo utilizzo

(8) S=Solido – SP=solido polverulento – L= Liquido – V= Vapore (Gassoso in equilibrio con fase liquida) - G=Gassoso

(9) Indicare le quantità approssimative in grammi o millilitri – anche se allo stato liquido in forma di miscela o soluzione

10 In caso di utilizzo a temperatura ambiente indicare TA



**Frequenza di esposizione**

2. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

3. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

4. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

5. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

6. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri



**Frequenza di esposizione**

7. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

8. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

9. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

10. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

11. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri



**Frequenza di esposizione**

12. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

13. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

14. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

15. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

16. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri





**Frequenza di esposizione**

17. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	<input type="checkbox"/> > 6 ore
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

18. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	<input type="checkbox"/> > 6 ore
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

19 sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	<input type="checkbox"/> > 6 ore
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

**Frequenza di esposizione**

20. sostanza (%)	n. CAS(6)	<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
		<input type="checkbox"/> Mensile (da 2 a 8 volte al mese)	Occasionale (meno di 20 volte l'anno)

**Durata di esposizione(7)**

Stato(8)	<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti	<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	<input type="checkbox"/> > 6 ore
	<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	

**Quantità manipolata(7-9)**

T (in °C) di utilizzo (10)	<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri
	<input type="checkbox"/> tra 50 e 100 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

data .....

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente o dell'equiparato

\_\_\_\_\_  
Firma del Dirigente(11)

\_\_\_\_\_  
Firma del Datore di Lavoro della Struttura(12)

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

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



## RISCHI BIOLOGICI

Responsabile del Laboratorio \_\_\_\_\_ Struttura: \_\_\_\_\_

(Facoltà, Dipartimento, Centro, Biblioteca, Area, ecc.)

Edificio \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_ Stanza: \_\_\_\_\_ Attività di laboratorio Data inizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Fine \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Natura dell'attività

La sua attività prevede una "esposizione potenziale"?(13)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
La sua attività prevede un "uso deliberato" di agenti biologici?(14)	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
La sua attività prevede un uso di microrganismi geneticamente modificati?	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
La sua attività prevede il lavoro con animali?	<input type="checkbox"/> no .....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno
Se SI indicare il tipo di animale	_____

### Dove svolge la sua attività

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> asilo nido                 | <input type="checkbox"/> sala settoria            | <input type="checkbox"/> Laboratorio microbiologico |
| <input type="checkbox"/> ambulatorio                | <input type="checkbox"/> Laboratorio di didattica | <input type="checkbox"/> Stabulario                 |
| <input type="checkbox"/> laboratorio di diagnostica | <input type="checkbox"/> Laboratorio di ricerca   | <input type="checkbox"/> altro                      |

### Indicare i metodi analitici e le tecniche utilizzate

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spettrofotometria             | <input type="checkbox"/> tecniche di infezione virale                         | <input type="checkbox"/> trattamento di animali da laboratorio      |
| <input type="checkbox"/> Cromatografia                 | <input type="checkbox"/> tecniche cito-istologiche                            | <input type="checkbox"/> allevamento di animali da osservazione     |
| <input type="checkbox"/> tecniche di chimica clinica   | <input type="checkbox"/> tecniche di biologia molecolare                      | <input type="checkbox"/> attività fotografica e camera oscura       |
| <input type="checkbox"/> tecniche di coltura batterica | <input type="checkbox"/> tecniche che prevedono l'uso di sostanze radioattive | <input type="checkbox"/> attività amministrative e di coordinamento |
| <input type="checkbox"/> tecniche di coltura cellulare | <input type="checkbox"/> tecniche con microrganismi geneticamente modificati  | <input type="checkbox"/> altro                                      |

### Tipologia di laboratorio

	ESEMPLI DI LABORATORIO	TIPI DI MICRORGANISMI UTILIZZATI
<input type="checkbox"/> Laboratorio di base – Livello di Biosicurezza 1	Addestramento di base	Si utilizzano microrganismi che difficilmente causano malattie nell'uomo o negli animali
<input type="checkbox"/> Laboratorio di base – Livello di Biosicurezza 2	Servizi sanitari primari (quali ospedali di livello primario, laboratori di analisi per l'addestramento e di sanità pubblica)	Si utilizzano patogeni che possono causare malattie nell'uomo o negli animali, ma che è improbabile che costituiscano un serio rischio per chi lavora in laboratorio, per le comunità, per il bestiame o per l'ambiente. Le esposizioni in laboratorio possono causare serie infezioni ma sono disponibili trattamenti efficaci e misure preventive. Il rischio di diffusione è limitato.
<input type="checkbox"/> Laboratorio di base – Livello di Biosicurezza 3	Diagnostica speciale	Si utilizzano patogeni che usualmente causano serie malattie nell'uomo o negli animali, ma che normalmente non si diffondono da un individuo infetto ad uno sano. Sono disponibili trattamenti efficaci e misure preventive.
<input type="checkbox"/> Laboratorio di base – Livello di Biosicurezza 4	Unità di lavoro con patogeni pericolosi	Si utilizzano patogeni che normalmente producono gravi malattie nell'uomo o negli animali e che possono essere rapidamente trasmessi da un individuo all'altro direttamente o indirettamente. Non sono di norma disponibili trattamenti efficaci né misure preventive.

### Agenti biologici utilizzati e/o potenzialmente presenti nel materiale analizzato

AGENTE	FREQUENZA DI UTILIZZO	PROTEZIONE	NOTE
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	<input type="checkbox"/> ambientale <input type="checkbox"/> individuale	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	<input type="checkbox"/> ambientale <input type="checkbox"/> individuale	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	<input type="checkbox"/> ambientale <input type="checkbox"/> individuale	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	<input type="checkbox"/> ambientale <input type="checkbox"/> individuale	
	.....Ore/giorno .....Giorni/Mese .....Mesi/anno	<input type="checkbox"/> ambientale <input type="checkbox"/> individuale	

(13) (Si configura una esposizione potenziale ad agenti biologici quando l'esposizione non è intenzionale in attività come: servizi sanitari, servizi veterinari, laboratori diagnostici esclusi laboratori di microbiologia, ecc.)

(14) (Si configura un uso deliberato quando gli agenti biologici sono intenzionalmente introdotti nel ciclo lavorativo per essere trattati, manipolati, trasformati o per sfruttarne le proprietà biologiche)



**Indicare le attrezzature utilizzate**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ago ipodermico                           | <input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe II  | <input type="checkbox"/> frigorifero              | <input type="checkbox"/> omogenizzatore  |
| <input type="checkbox"/> agitatore                                | <input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe III | <input type="checkbox"/> essiccatore              | <input type="checkbox"/> sonicatore      |
| <input type="checkbox"/> autoclave                                | <input type="checkbox"/> cappa chimica                              | <input type="checkbox"/> frammentatore di tessuti | <input type="checkbox"/> stomacher       |
| <input type="checkbox"/> bagno ad ultrasuoni                      | <input type="checkbox"/> centrifuga                                 | <input type="checkbox"/> inceneritore per anse    | <input type="checkbox"/> ultracentrifuga |
| <input type="checkbox"/> bagnomaria                               | <input type="checkbox"/> congelatore                                | <input type="checkbox"/> incubatore               | <input type="checkbox"/> Altro           |
| <input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe I | <input type="checkbox"/> contenitore per anaerobi                   | <input type="checkbox"/> liofilizzatore           |  |

**Dispositivi di protezione Individuali/Collettivi**

SI UTILIZZANO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI ) E/O COLLETTIVI (DPC)?  SI  NO  
Se “si” ricordarsi di compilare la sezione “Dispositivi di protezione” in fondo al modulo

**Indicare se sottoposti a metodi di profilassi attiva o passiva**

Vaccino	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
Siero	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
Altre profilassi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?

Per l'attività lavorativa svolta è stato previsto lo smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti a norma di legge	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
--	---

data .....

\_\_\_\_\_ Firma del dipendente o dell'equiparato

\_\_\_\_\_ Firma del Dirigente(15)

\_\_\_\_\_ Firma del Datore di Lavoro della Struttura(16)

(15) Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (R.A.D., Responsabile di Laboratorio, Direttori Biblioteche e Musei, ecc.)  
(16) 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 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 type="checkbox"/> no
Nella tua attività lavori con animali di laboratorio?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Esistono procedure per far fronte ad incidenti e situazioni di emergenza?	<input 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 type="checkbox"/> no
Nella tua attività lavori con animali di laboratorio?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Lavori in condizioni di pressione superiore o inferiore al normale?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Lavori in condizioni climatiche esasperate?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Lavori in acqua (in superficie o in immersione)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Lavori come conducente di automezzi?	<input 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

<b>Esegui attività comportante la movimentazione di oggetti?</b>	<input type="checkbox"/> si <input 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
<b>Utilizzi ausili per la movimentazione</b>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Se "SI" Quali	
<b>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?</b>	<input type="checkbox"/> si <input 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
<b>Utilizzi ausili per la movimentazione</b>	<input type="checkbox"/> si <input 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

- otoprotettori 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**  
Recapito utilizzabile 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)