
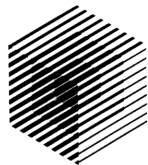




Scheda personale di rischio

(Nome e Cognome)

Servizio di Prevenzione svolto da

Ufficio consegna modulo	Ente	sede	Consegna modulo compilato	note
	 INFM	Ist. Naz. per la Fisica della Materia Sede Centrale Corso Perrone, 24 Genova	Segreteria INFM Dipartimento di Fisica "E. Fermi" Via F. Buonarroti, 2 Pisa e-mail:pucci@df.unipi.it	Consegnare in 2 copie
	 Università di Pisa	Dipartimento di Fisica "E. Fermi" Via F. Buonarroti, 2 Pisa	Segreteria Personale Dipartimento di Fisica "E. Fermi" Via F. Buonarroti, 2 Pisa e-mail:manzerra@df.unipi.it	Consegnare in 1 copia

Informazioni per la compilazione

La scheda di rischio contiene informazioni relative alle attività lavorative della persona sopra indicata. Queste informazioni vengono richieste sia per valutare pericoli derivanti dall'attività e conseguentemente i rischi e le misure da mettere in atto che per poter effettuare con maggiore efficienza la sorveglianza sanitaria, prevista dal D. Lgs. 626, Capo IV e programmata secondo quanto indicato nel documento di valutazione del rischio, comunque sempre sulla base delle indicazioni del Medico Competente.

Le informazioni sono fornite all'Ente di affiliazione dall'intestatario della scheda; il suo Responsabile Scientifico contribuisce alla compilazione del documento, al fine di garantire una maggiore completezza dello stesso, segnalando altresì al Direttore di Unità e al RSPP l'introduzione di nuove attrezzature o la manipolazione di nuove sostanze, che richiedano la revisione del documento di valutazione del rischio. L'intestatario e il Responsabile Scientifico provvederanno altresì all'eventuale aggiornamento e variazione dei dati forniti nella scheda, al fine di garantire l'adeguatezza della sorveglianza sanitaria e l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione, ove ciò si renda necessario.

La scheda compilata va restituita all'Ente di affiliazione

GESTIONE DELL'EMERGENZA E PRIMO INTERVENTO

Per quanto riguarda la prevenzione incendi, il piano di emergenza e le procedure di primo intervento, l'intestatario dovrà rivolgersi al SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE del Dipartimento presso cui svolge la sua attività, al fine di essere informato sull'applicazione delle procedure relative

Informativa ex art. 10 Legge 675/1996

Questa informativa viene fornita ai sensi dell'art.10 della legge sulla Privacy, la quale tutela le persone dall'attività di trattamento dei dati personali. Gli Enti di affiliazione svolgono questa attività in modo lecito e secondo correttezza contemperando gli opposti interessi alla trasparenza e alla riservatezza. I suoi dati personali vengono trattati per finalità di organizzazione e gestione delle attività e degli adempimenti connessi alla normativa in materia di sicurezza dei lavoratori sul luogo di lavoro e per formulare il giudizio di idoneità alla mansione specifica. In particolare:

1. i dati vengono raccolti dall'Istituto e dal medico competente per tutelare la salute dei lavoratori e per prevenire infortuni e malattie (ai sensi della normativa vigente in materia);
2. i dati nominativi e relativi alla formazione sulla Sicurezza sono registrati e conservati in forma elettronica e cartacea;
3. la cartella sanitaria, elaborata dal medico competente, viene consegnata all'Istituto in busta sigillata, unitamente al giudizio di idoneità;
4. i dati sono conservati secondo modalità e tempi previsti dalle leggi in materia e cancellati una volta raggiunta la finalità.

La invitiamo pertanto a compilare il modulo in tutte le sue parti e le ricordiamo che è possibile chiedere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati inesatti o incompleti, nonché esercitare le altre facoltà riconosciute dall'art.13, compilando l'apposito modulo in rete. Titolare del trattamento è l'Ente di affiliazione.

SCHEDA PERSONALE DI RISCHIO

1. DATI PERSONALI

Nome _____

Cognome _____

Telefono e email _____

Tipo di contratto (assunzione, borsa di studio, assegno di ricerca, altro) _____

Decorrenza e termine del contratto _____

Sede/i di lavoro _____

Titolo del contratto _____

Breve descrizione delle mansioni _____

Responsabile scientifico _____

Telefono e email _____

2. FONTI DI RISCHIO

Questa sezione va compilata solo per le parti di interesse.

Agenti chimici

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di agenti chimici ?

sì no

TIPO DI SOSTANZA

Indicare il tipo utilizzato (solventi, acidi, basi ...) e lo stato fisico (gas, liquido, solido, polvere)

MODALITÀ DI UTILIZZO

Per ogni tipo, specificare la frequenza di utilizzo (giornaliera, settimanale, mensile, altro)

Agenti cancerogeni e/o mutageni

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di agenti cancerogeni e/o mutageni ?

sì no

TIPO DI SOSTANZA

Elencare tutte le sostanze cancerogene utilizzate, indicando il numero CAS (Chemical Abstract) e la frase di rischio¹ (R45 "può provocare il cancro", R49 "può provocare il cancro per inalazione")

Elencare tutte le sostanze mutagene utilizzate, indicando il numero CAS (Chemical Abstract) e la frase di rischio¹ (R46 " può provocare alterazioni genetiche ereditarie ", R47 " può provocare malformazioni congenite")

MODALITÀ DI UTILIZZO

Per ogni agente cancerogeno e/o mutageno, specificare la frequenza di utilizzo (giornaliera, settimanale, mensile, altro)

Agenti biologici e/o animali da laboratorio

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di agenti biologici e/o animali da laboratorio ?

sì no

In caso di utilizzo di agenti biologici, compilare la tabella seguente.

Nella colonna "esposizione" indicare D nel caso di esposizione *diretta*, ovvero deliberata, all'agente biologico (esempio: manipolazione di virus o batteri); indicare I nel caso di esposizione *indiretta*, ovvero determinata dalla possibile presenza di agenti biologici nel materiale manipolato (esempio: manipolazione di sangue)

Agente biologico	Gruppo di rischio			Quantità e frequenza di manipolazione	Esposizione
	2	3	4		

¹ indicata sulla scheda informativa di sicurezza, allegata alla sostanza chimica

Servizio Prevenzione e Protezione

Per gli animali da laboratorio indicare la specie, le finalità di utilizzo (es. per prelievo uova, etc) e le modalità di manipolazione

Videoterminali

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di videoterminali ?

sì no

Indicare se l'utilizzo è sistematico e abituale oppure occasionale.

Radiazioni non ionizzanti

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'esposizione a radiazioni non ionizzanti ?

sì no

Per ciascuna NIR segnalare il rischio di esposizione, se presente, e i dati richiesti.

Microonde	sì <input type="checkbox"/>	Frequenza _____
		Apparato emettitore _____

Radiofrequenze	sì <input type="checkbox"/>	Frequenza _____
		Apparato emettitore _____

UV	sì <input type="checkbox"/>	Lunghezza d'onda _____
----	-----------------------------	---------------------------

Infrarosso sì

Ultrasuoni	sì <input type="checkbox"/>	Frequenza _____
		Apparato emettitore _____

Laser

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di laser ?

sì no

Indicare il tipo e la classe dell'apparecchio / apparecchi utilizzato / i.

Specificare se l'utilizzo è occasionale o sistematico.

Campi magnetici

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di campi magnetici ?

sì no

Indicare i dati del generatore di campo magnetico e il tipo di utilizzo (occasionale o sistematico).

Rumore

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'esposizione a fonti di rumore particolarmente elevate ?

sì no

Indicare se abitualmente si soggiorna in ambienti particolarmente rumorosi (officina); specificare il numero medio di ore giornaliere, e precisare (se è stata eseguita una valutazione) il livello di rumore.

Radiazioni ionizzanti

NOTA: in caso di l'utilizzo di macchine radiogene o sorgenti radioattive è necessario indicare anche il nome dell'Esperto Qualificato del Dipartimento o del Laboratorio

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'uso di macchine radiogene ?

sì no

In caso affermativo, specificare quanto di seguito richiesto:

caratteristiche tecniche (tensione, corrente)	tipo di utilizzo: _____	per num. Max ore / anno _____

caratteristiche tecniche (tensione, corrente)	tipo di utilizzo: _____	per num. Max ore / anno _____

Caratteristiche tecniche (tensione, corrente)	tipo di utilizzo: _____	per num. Max ore / anno _____

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'uso di sostanze radioattive ?

sì no

In caso affermativo, specificare quanto di seguito richiesto:

Sorgenti Sigillate

Radioisotopo	Attività (indicare U. di misura)	Descrizione procedure di manipolazione	Num. Max ore /anno

Sorgenti Non sigillate

Radioisotopo	Stato fisico	Sostanza chimica	Max. attività usata in un anno (indicare U. di misura)

Esperto Qualificato del Laboratorio INFM o del Dipartimento in cui ha sede l'Unità di Ricerca

Nome _____

Cognome _____

Telefono / email _____

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, la frequentazione di laboratori con sorgenti di neutroni, acceleratori, luce di sincrotrone (Large Scale Facilities) ? sì no

In caso affermativo, specificare quanto di seguito indicato:

1. Presso il laboratorio di _____ per il periodo _____

Tipo di particelle accelerate _____

Energia _____ MeV

Mansioni _____

2. Presso il laboratorio di _____ per il periodo _____

Tipo di particelle accelerate _____

Energia _____ MeV

Mansioni _____

DICHIARAZIONE RIEPILOGATIVA IN MERITO ALLE ATTIVITÀ CON RISCHIO RADIOLOGICO

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____ dichiara

di **non** svolgere altre attività con rischio radiologico

di svolgere attività con rischio radiologico

in proprio

presso altri datori di lavoro (indicare quali)

con la classificazione

esposto A

esposto B

non esposto

Firma dell'intestatario della scheda

3. RIEPILOGO

Sono state compilate le seguenti voci:

Agenti chimici non cancerogeni sì

Radiazioni non ionizzanti sì

Agenti cancerogeni sì

Laser sì

Agenti biologici e/o animali
da laboratorio sì

Campi magnetici sì

Rumore sì

Videoterminali sì

Radiazioni ionizzanti sì

Eventuali note ed osservazioni

DATA E LUOGO

Firma dell'intestatario della scheda

Firma del Direttore

**Visto
(il Responsabile Scientifico)**
