

**SCHEMA DI PERICOLO INDIVIDUALE**

 Periodo di riferimento DAL.....AL<sup>1</sup>.....

**DATI ANAGRAFICI**
**COGNOME<sup>2</sup>:**..... **NOME:** .....

Luogo e data di nascita .....

 Sesso:  M - F ; Cod .Fisc.<sup>3</sup> : ..... e-mail: .....

 Qualifica<sup>4</sup>:..... Telefono cellulare:.....

Laboratorio/Ufficio: ..... stanza N°..... piano.....

Responsabile del Laboratorio/Ufficio:.....

Dipartimento/Centro/Area/Biblioteca : .....

 Addetto Emergenza Antincendio - Evacuazione:  NO  SI, data dell'ultimo corso effettuato: \_\_\_\_\_

 Addetto Emergenza Sanitaria "Primo Soccorso":  NO  SI, data dell'ultimo corso effettuato: \_\_\_\_\_

*(Si invita a conservare una copia di questa scheda, e a comunicare tempestivamente ogni variazione di attività).*
**Descrizione di metodiche / tecniche / compiti / mansioni / attività assegnati al lavoratore:**

<input type="checkbox"/> attività amministrative e generiche di ufficio <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> campi elettromagnetici ad elevata intensità	<input type="checkbox"/> manipolazione di sostanze chimiche nocive	<input type="checkbox"/> realizzazione/gestione prototipi
<input type="checkbox"/> attività di manutenzione o similare	<input type="checkbox"/> forni e/o superfici ad elevata temperatura	<input type="checkbox"/> manipolazione di sostanze altamente infiammabili/esplosive	<input type="checkbox"/> tecniche di biochimica e biologia molecolare
<input type="checkbox"/> attività officina metalmeccanica o similare	<input type="checkbox"/> fotografia e/o camera oscura	<input type="checkbox"/> manipolazione di sostanze radioattive	<input type="checkbox"/> tecniche di coltura batterica <input type="checkbox"/> tecniche di coltura cellulare
<input type="checkbox"/> attività presso cantieri edili o similari	<input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Radiazioni Ottiche Artificiali	<input type="checkbox"/> manipolazione di campioni vegetali	<input type="checkbox"/> tecniche di infezione virale
<input type="checkbox"/> attrezzature particolarmente rumorose	<input type="checkbox"/> liquidi criogenici e/o superfici a bassissima temperatura	<input type="checkbox"/> Microrganismi Geneticamente Modificati (MOGM)	<input type="checkbox"/> tecniche istologiche
<input type="checkbox"/> apparecchiature elettriche sotto tensione <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> macchine / sorgenti radiogene	<input type="checkbox"/> microscopia ottica	<input type="checkbox"/> trattamento di animali da laboratorio
<input type="checkbox"/> campi/visite/sopralluoghi in esterno	<input type="checkbox"/> macchine utensili	<input type="checkbox"/> microscopia elettronica	<input type="checkbox"/> saldatori e/o saldatrici
<input type="checkbox"/> Attività di trasporto cose e persone <sup>7</sup>			

<sup>1</sup> La validità della SPI è di 3 anni, salvo variazioni di attività da comunicare tempestivamente. Per i lavoratori a tempo determinato indicare la data esatta di termine del contratto, assegno di ricerca, borsa di studio. Nel caso di studenti indicare la data presunta di termine dell'attività lavorativa in laboratorio.

<sup>2</sup> Si prega di indicare tutti i cognomi, escluso quello da coniugate, e tutti i nomi se non separati da virgole

<sup>3</sup> Il Cod.Fiscale è necessario per la registrazione nei registri esposti agenti biologici e cancerogeni, e inoltre consente l'identificazione univoca dei soggetti nella banca dati. Si prega non tralasciare questa informazione.

<sup>4</sup> Tra i possibili inquadramenti si annoverano: Preside, Direttore, Presidente di Scuola, Responsabile di struttura/unità organizzativa (es. responsabile di Area, responsabile dell'Ufficio, responsabile del Laboratorio, ecc.), Professore Ordinario, Professore Associato, Ricercatore, Ricercatore TD, Assegnista, Dottorando, Borsista, Studente Tesista, Studente Tirocinante, Collaboratore, Personale TAB, ecc.

<sup>5</sup> A titolo indicativo, si considerano tra esse: attività di ufficio, utilizzo del videoterminale (VDT), archiviazione/ricerca/movimentazione di materiale cartaceo, attività di studio/ricerca presso uffici/biblioteche/sale studio/laboratori informatici, attività didattica presso aule universitarie (in assenza di strumentazione/materiali da laboratorio), utilizzo di fotocopiatrici e stampanti laser, spostamenti a piedi nei locali e nelle aree esterne dell'Università, spostamenti occasionali con autovettura dell'Università.

<sup>6</sup> Con esclusione di quelle tipiche dell'attività amministrative e generiche di ufficio

<sup>7</sup> In caso di trasporto di altre persone per le attività esterne di campi, visite e/o sopralluoghi

Altro (specificare, e dettagliare brevemente nel caso di lavorazione in campo all'esterno degli edifici di Ateneo)

---

---

---

---

---

Scheda pervenuta il: ...../...../.....

**Riservato Area dei Servizi di Prevenzione e Protezione**

Note: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**POTENZIALI PERICOLI DI ESPOSIZIONE**

Si	No	Agenti di rischio	Protezione individuale	Protezione collettiva	All.	Note
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Chimici</b> <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>1</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Meccanici</b> <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>2</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Termici</b> <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>3</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Elettrici</b> <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>4</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Radiazioni ionizzanti</b> <sup>12</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>5</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Radiazioni non ionizzanti</b> <sup>13</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>6</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Biologici</b> <sup>14</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>7</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Colture cellulari</b> <sup>15</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>7</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Animali</b> <sup>16</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>7</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Vegetali</b> <sup>17</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>7</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sangue e/o derivati, urine, latte, tessuti umani</b> <sup>18</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>7</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Movimentazione Manuale dei Carichi</b> <sup>19</sup> (MMC)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>8</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Movimentazioni Manuali Ripetute</b> <sup>20</sup> (MMR)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>8</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Videoterminali</b> <sup>21</sup> (VDT)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>9</b>	per periodi di esposizione ≥ 20h/sett
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Lavori in quota</b> <sup>22</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	-	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Attività lavorative svolte fuori dal Dipartimento / Area / Centro / Biblioteca</b> <sup>23</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>10</b>	

<sup>8</sup> In caso affermativo compilare le schede specifiche in allegato 1.

<sup>9</sup> Si intendono i rischi di potenziale esposizione a: organi meccanici in movimento, tagli, urti, colpi, abrasioni, cadute, vibrazioni, rumore, ecc. In caso affermativo compilare le schede specifiche in allegato 2

<sup>10</sup> A titolo di esempio, si classificano in tale tipologia di rischio: i lavori condotti in celle frigorifere, a contatto con fonti di calore o con esposizione ad elevati gradienti termici. In caso affermativo compilare le schede specifiche in allegato 3.

<sup>11</sup> Riguardano operazioni su apparecchiature elettriche ad esclusione di quelle usuali per attività d'ufficio (es. fax, fotocopiatrici, computer). In caso affermativo compilare le schede specifiche in allegato 4

<sup>12</sup> Si deve indicare potenziale esposizione alle radiazioni ionizzanti, barrando la casella nella colonna "sì", nel caso in cui l'attività lavorativa esercitata dal soggetto intestatario della Scheda per conto dell'Università, comporti l'impiego o la detenzione, anche in via occasionale ed in ambiti spaziali non afferenti direttamente all'Università, di macchine radiogene o di sostanze radioattive. Nel caso in cui l'esposizione alle radiazioni ionizzanti non possa essere esclusa deve essere compilata la scheda aggiuntiva riportata in allegato 5. Sono soggetti alle delle disposizioni vigenti (D.Lgs.230/95):

- le macchine radiogene (dispositivi (tubi, valvole e apparecchiature in genere), che accelerino particelle elementari cariche con energie superiori a 30 keV, oppure superiori a 5 keV ed inferiori o eguali a 30 keV, quando l'intensità dell'equivalente di dose, in condizioni normali di funzionamento, sia eguale o superiore a 1 µSv/h a una distanza di 0.1 m da qualsiasi punto della superficie esterna dell'apparecchiatura. Sono esclusi i tubi catodici in apparecchiature che forniscono immagini visive, quando l'intensità dell'equivalente di dose, in condizioni normali di funzionamento, sia inferiore a 5 µSv/h a una distanza di 0,05 m da qualsiasi punto della superficie esterna dell'apparecchiatura;
- sostanza radioattive, ossia ogni specie chimica contenente uno o più radionuclidi con concentrazione superiore a 1 Bq/g .

<sup>13</sup> Si intendono per radiazioni non ionizzanti: Campi elettromagnetici, Radiofrequenze, Microonde, Radiazioni Ottiche Artificiali (es. lampade ad elevata intensità, luce laser, emissioni nell'infrarosso prodotte da forni, ecc.). In caso affermativo, riempire la scheda specifica in allegato 6.A e/o 6.B

<sup>14</sup> In caso affermativo compilare le schede specifiche in allegato 7

<sup>15</sup> Se le colture cellulari prevedono l'utilizzo di agenti biologici, specificarlo nella scheda in all. 7 (*Dettaglio rischio biologico*)

<sup>16</sup> In caso affermativo, specificare in nota tipologia e numero di animali ed eventualmente compilare l'all. 7 (es. rischio da zoonosi, rischio correlato ad agenti biologici).

<sup>17</sup> In caso affermativo, specificare in nota la tipologia ed eventualmente compilare l'all. 7 per quanto riguarda il rischio correlato ad agenti biologici.

<sup>18</sup> In caso affermativo specificare in nota ed eventualmente compilare l'all. 7 per quanto riguarda il rischio correlato ad agenti biologici.

<sup>19</sup> Si considera potenzialmente esposto a rischio MMC il lavoratore che si trovi a sollevare e/o trasportare abitualmente oggetti pesanti di almeno 3kg con frequenze non inferiori ad 1 movimentazione per ciascuna ora lavorativa, e/o il lavoratore che conduca lavori di traino e spinta manuali. In caso affermativo, riempire la scheda in allegato 8 e relativa alla valutazione dell'indice sollevamento

<sup>20</sup> Si considera potenzialmente esposto a rischio MMR il lavoratore la cui attività sia organizzata a cicli, indipendentemente dalla loro lunghezza, o quando egli svolga un compito costituito dall'esecuzione degli stessi gesti lavorativi che si ripetono uguali a sé stessi per più del 50% del tempo. In caso affermativo, riempire la scheda in all. 8.

<sup>21</sup> Posto che: (1) si definisce videoterminale uno schermo alfanumerico o grafico a prescindere dal tipo di procedimento di visualizzazione utilizzato (2) per utilizzo del VDT si intende l'utilizzo effettivo del video e/o della tastiera nonché la lettura del documento in elaborazione. Si considera potenzialmente esposto il lavoratore che utilizzi VDT per un quantitativo di ore superiore a 20 per settimana, al netto delle pause lavorative (15 min ogni 120 min di lavoro). In caso affermativo, riempire la scheda in allegato 9

<sup>22</sup> Ossia lavori condotti ad una quota superiore a 2.0 m rispetto ad un piano stabile (es. su ponteggi). In caso affermativo descrivere brevemente in nota il contesto in cui viene espletata l'attività (se essa avviene al di fuori delle sedi di Ateneo, compilare la relativa scheda in allegato 10)

<sup>23</sup> In caso affermativo, riempire la scheda specifica in allegato 10

Si	No	Agenti di rischio	Protezione individuale	Protezione collettiva	All.	Note
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Esposizione a Polveri Vegetali<sup>24</sup></b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>11</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Altro:</b> _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	-	

<sup>24</sup> Le polveri vegetali sono particelle solide di origine naturale disperse nell'aria durante la manipolazione, macinazione, setacciatura e pesatura di materiali come: farine (grano, mais, riso, legumi), spezie e erbe aromatiche, zuccheri vegetali, cacao, caffè, cereali, semi e prodotti essiccati. In caso di operazioni di questo tipo compilare l'Allegato 11.

**ELENCO DELLE ATTREZZATURE UTILIZZATE**

Attrezzature, macchine e impianti <sup>25</sup>	Man. Istruz. <sup>26</sup>	Reg. di manut. <sup>27</sup>	Proc. e istr. oper. <sup>28</sup>	Segn. Spec. <sup>29</sup>	D.P.I. / D.P.C. <sup>30</sup>	Marca/Modello, descrizione sommaria e principali caratteristiche di utilizzo / note <sup>31</sup>
...	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
...	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
...	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Videoterminale <sup>32</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Fotocopiatrici e stampanti laser	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Taglierina	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Utensili manuali <sup>33</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Apparecchiature sotto tensione <sup>34</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Apparecchiature ad aria compressa	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Bagno termostatico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Bombole gas compressi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Centrifuga	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Cappa	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Controllo difetti di fabbricazione, attrezzature per	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Controlli non distruttivi a "Luce Nera"	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Corpi incandescenti, attrezzature che impiegano	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Forno	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

<sup>25</sup> Laddove non presenti nell'elenco, specificare le attrezzature utilizzate nelle fincature libere

<sup>26</sup> Indicare la presenza o meno del libretto delle istruzioni

<sup>27</sup> Indicare la presenza o meno del registro di manutenzione

<sup>28</sup> Indicare se sono state redatte delle procedure e/o istruzioni operative per la gestione dell'attrezzatura (es. procedure per l'utilizzo comune tra personale afferente a diverse strutture organizzative)

<sup>29</sup> Indicare se è presente segnaletica specifica per l'attrezzatura in oggetto

<sup>30</sup> Specificare gli eventuali Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.) e/o Dispositivi di Protezione Collettiva (D.P.C.)

<sup>31</sup> Indicare marca e modello dell'attrezzatura, con breve descrizione e principali caratteristiche di impiego (es. finalità d'uso, tempi medi di utilizzo nell'arco del mese e/o settimana, ecc.)

<sup>32</sup> Si definisce videoterminale uno schermo alfanumerico o grafico, a prescindere dal tipo di procedimento di visualizzazione adottato.

<sup>33</sup> Tipicamente: martello, cacciavite, chiavi, pinze, seghetto manuale, spellafilii, tronchesi, forbici, ecc.

<sup>34</sup> A titolo di esempio: strumentazione di misura, prototipi alimentati da energia elettrica, quadri e/o impianti elettrici, ecc.

Attrezzature, macchine e impianti <sup>25</sup>	Man. Istruz. <sup>26</sup>	Reg. di manut. <sup>27</sup>	Proc. e istr. oper. <sup>28</sup>	Segn. Spec. <sup>29</sup>	D.P.I. / D.P.C. <sup>30</sup>	Marca/Modello, descrizione sommaria e principali caratteristiche di utilizzo / note <sup>31</sup>
Fotoincisione, attrezzature per	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Impianto luci ad alta intensità	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Impianto di sterilizzazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Impianto di essiccazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Lampada ad alogenuri metallici/al mercurio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Lampada a "luce nera"	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Lampada germicida	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Lampada per fotoindurimento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Lampada per riscaldamento ad incandescenza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Lampada per uso medico e/o estetico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Lampade / sistemi a LED per fototerapia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Lampada UV	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Laser <sup>35</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Luce pulsata (IPL)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Luci stroboscopiche	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Piastra riscaldante	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Riscaldatori radianti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Trapano	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Troncatrice	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Smerigliatrice	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Saldatrice	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Saldatore a stagno	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

<sup>35</sup> Per apparecchiature Laser si rinvia alla compilazione dell'allegato 6B

Attrezzature, macchine e impianti <sup>25</sup>	Man. Istruz. <sup>26</sup>	Reg. di manut. <sup>27</sup>	Proc. e istr. oper. <sup>28</sup>	Segn. Spec. <sup>29</sup>	D.P.I. / D.P.C. <sup>30</sup>	Marca/Modello, descrizione sommaria e principali caratteristiche di utilizzo / note <sup>31</sup>
Spettrometro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
...	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		



## ALLEGATO 1B - Dettaglio Rischio Cancerogeno

Indicare esclusivamente quanto utilizzato personalmente

AGENTE	N. CAS	Frase di rischio <sup>1</sup>	LAVORAZIONE SVOLTA Breve descrizione	Proprietà chimico-fisiche <sup>2</sup>	Quantità utilizzata per singola lavorazione (g, ml)	Tempo esposizione per singola lavorazione (min)	Data inizio/fine utilizzo	Distanza d'uso <sup>3</sup>	Contatto cutaneo <sup>4</sup>	Modalità d'uso <sup>5</sup>	Tipologia di controllo <sup>6</sup>	Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC)	Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)
							dal al						
							dal al						
							dal al						
							dal al						

<sup>1</sup> Agenti chimici classificati con frasi di rischio R40, R45, R46, R 47, R49, R60, R61, R62, R63, R64 o H340.., H350.., H351.., H360.., H361..

<sup>2</sup> Riportare: **1** per “stato solido – nebbie”, **2** per “polveri fini”, **3** per “liquidi a bassa volatilità”, **4** per “liquidi a media e alta volatilità, polveri fini, stato gassoso”. Sono liquidi a bassa volatilità quelli caratterizzati da temperatura di ebollizione superiore a 50°C di almeno 5 volte la temperatura operativa (di utilizzo)

<sup>3</sup> Inserire la distanza media dalla sorgente di emissione dell'agente pericoloso

<sup>4</sup> Riportare: **1** per “nessun contatto”, **2** per “contatto accidentale” (es. 1 evento/gg per spruzzi o rilasci accidentali), **3** per “contatto discontinuo” (es. da 2 a 10 eventi/gg), **4** per “contatto esteso” (es. per oltre 10 eventi/gg).

<sup>5</sup> Riportare: **1** per “sistema chiuso” (es. sostanza utilizzata in contenitori a tenuta stagna), **2** per “inclusioni in matrice” (es. sostanza inglobata in materiali che ne limitano la dispersione in ambiente), **3** per “impiego controllato e non dispersivo” (es. lavorazione eseguita da personale esperto sotto cappa aspirante), **4** per “uso con dispersione significativa” (es. uso di vernici in assenza di mezzi di aspirazione efficaci).

<sup>6</sup> Riportare: **1** per “contenimento completo” (es. ciclo chiuso), **2** per “ventilazione-aspirazione locale delle emissioni” (es. rimozione del contaminante in corrispondenza della sorgente di emissione), **3** per “segregazione - separazione” (es. il lavoratore viene separato dalla fonte di emissione dell'inquinante attraverso uno spazio di sicurezza che non si limita ad una mera barriera fisica ma coinvolge modalità e procedure di lavoro), **4** per “diluizione - ventilazione” (es. forte diluizione del contaminante tramite ventilazione naturale e/o forzata), **5** per “manipolazione diretta con DPI” (es. il lavoratore opera a contatto con l'agente pericoloso ed ha come unica protezione i DPI).

AGENTE	N. CAS	Frasi di rischio <sup>1</sup>	LAVORAZIONE SVOLTA Breve descrizione	Proprietà chimico-fisiche <sup>2</sup>	Quantità utilizzata per singola lavorazione (g, ml)	Tempo esposizione per singola lavorazione (min)	Data inizio/fine utilizzo	Distanza d' uso <sup>3</sup>	Contatto cutaneo <sup>4</sup>	Modalità d' uso <sup>5</sup>	Tipologia di controllo <sup>6</sup>	Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC)	Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)
							dal al						
							dal al						



**ALLEGATO 2 - Dettaglio rischi meccanici**

Fattore di Rischio		SI	NO	note
<b>RISCHI MECCANICI</b>	Urti, colpi, impatti, compressioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	punture, perforazioni, tagli, abrasioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vibrazioni su corpo intero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vibrazioni su mano-braccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rumore (con intensità superiore a 80dB <sub>A</sub> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vibrazioni acustiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	scivolamenti, cadute a livello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Utilizzo di macchine/impianti/attrezzature con parti in movimento non protette (es. durate operazioni di taglio, macinazione, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Utilizzo di macchine/impianti/attrezzature con parti in movimento non controllato (es. con carichi in oscillazione libera, con elementi sottoposti a scivolamento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Utilizzo di macchine/impianti/attrezzature con parti caratterizzate da superfici pericolose (es. spigoli taglienti, lame, superfici altamente abrasive, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Attività che espongono a pericolo di inciampo e/o scivolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Utilizzo di macchine/attrezzature di trasporto e/o movimentazione carichi (es. carrelli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ALLEGATO 3 - Dettaglio rischi termici**

Fattore di Rischio		SI	NO	note
<b>RISCHI TERMICI</b>	Calore e/o gradienti termici elevati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Superfici/Mezzi ad elevata temperatura (es. superfici roventi, fiamme libere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Superfici/Mezzi a bassa temperatura (es. azoto liquido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Microclima severo freddo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Microclima severo caldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Microclima moderato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ALLEGATO 4 - Dettaglio rischi elettrici**

Fattore di Rischio		SI	NO	note
<b>RISCHI ELETTRICI</b>	attività a rischio concreto di contatto con parti in tensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	possibilità di archi elettrici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	accumulo di carica elettrostatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fattore di Rischio		SI	NO	note
	manutenzione gruppi elettrogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manutenzione impianti elettrici di trasporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manutenzione impianti elettrici di utilizzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manutenzione quadri elettrici			
	apparecchiature elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### ALLEGATO 5 - Dettaglio rischio da radiazioni ionizzanti

Fattore di Rischio		SI	NO	note
<b>RADIAZIONI IONIZZANTI</b>	Esposizione a radiazioni ionizzanti (es. raggi X, $\alpha$ , $\beta$ , $\gamma$ , Radon, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Utilizzo di isotopi radioattivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### ALLEGATO 6A - Dettaglio rischio da radiazioni non ionizzanti

Fattore di Rischio		SI	NO	note
<b>RADIAZIONI NON IONIZZANTI</b>	sorgenti di microonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sorgenti di radiazioni infrarosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sorgenti di radiazioni nel visibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sorgenti di radiazioni ultraviolette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sorgenti di radiazioni laser <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	campo magnetico statico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	campo magnetico variabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sorgenti a radiofrequenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Uso intenso del telefono cellulare durante l'orario lavorativo <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<sup>1</sup> In caso affermativo compilare la scheda di rilevazione dati sorgente laser in allegato 6B

<sup>2</sup> Si intende con ciò l'utilizzo del telefono cellulare per effettuare chiamate nell'ambito della propria attività lavorativa e per una durata complessiva non inferiore a 25min nell'arco dell'intera giornata di lavoro.

**ALLEGATO 6B - Scheda rilevazione dati sorgente laser**
**DATI GENERALI**

Data:	indirizzo sede:
Struttura organizzativa:	
Riferimenti dell'area/locale/laboratorio di attività:	
Responsabile Attività Didattica e di Ricerca (RADR):	

**CARATTERISTICHE DEL LASER**

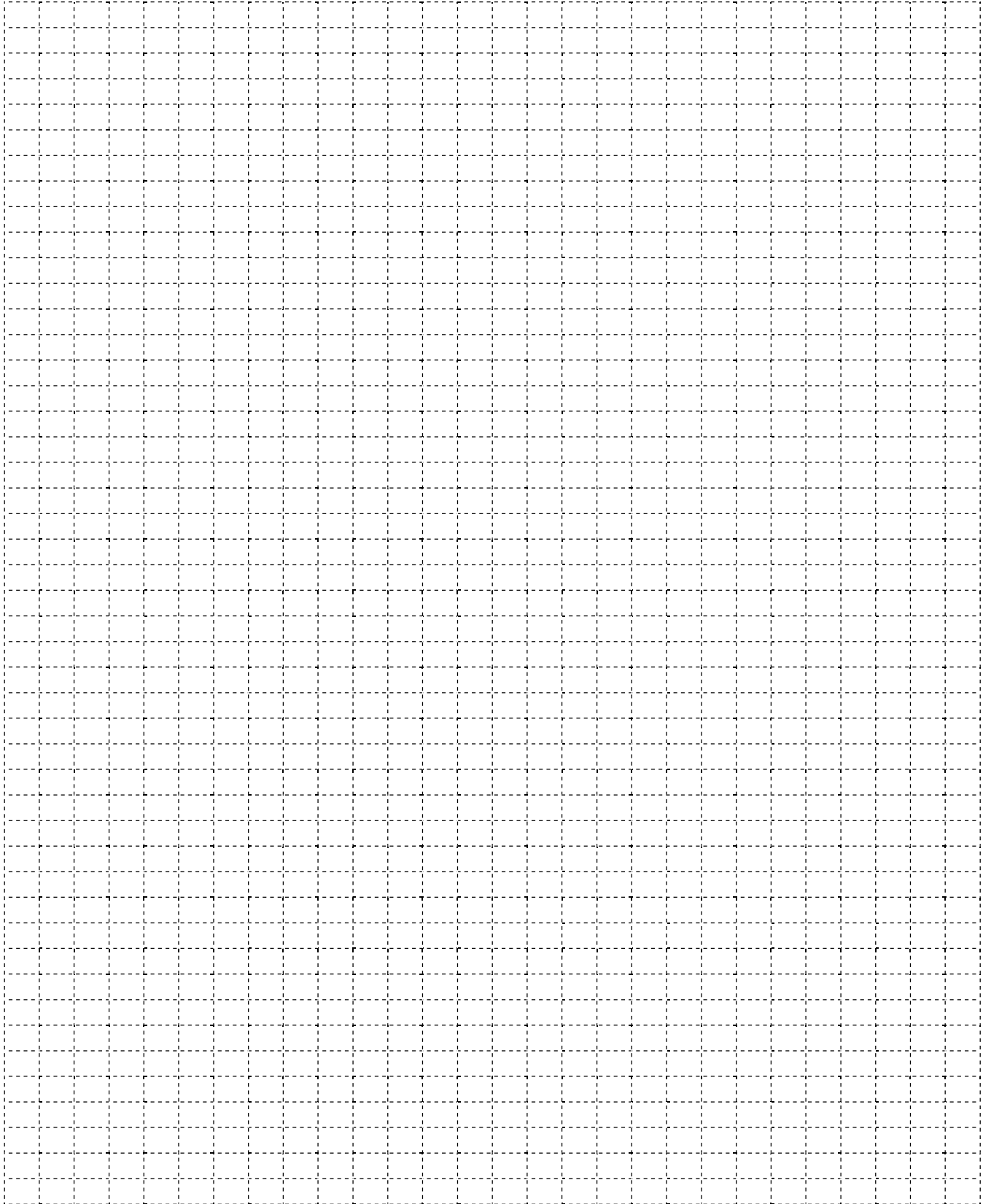
Marca, modello e numero di serie:		
Tipo: Neodimio-Yag <input type="checkbox"/> Elio-Neon <input type="checkbox"/> Argon <input type="checkbox"/> Elio-Cadmio <input type="checkbox"/> Altro:		
Laser continuo: <input type="checkbox"/> Laser pulsato: <input type="checkbox"/>	PRF <sup>1</sup> :	Durata impulsi:
Lunghezza d'onda/Range (nm) :	Energia massima dell'impulso (J) :	Apertura (rad):
Potenza massima (W) :	Densità di Potenza (W/m <sup>2</sup> ) :	
Diam. raggio (mm):	Classe: 1 $\Upsilon$ 1M $\Upsilon$ 2 $\Upsilon$ 2M $\Upsilon$ 3R $\Upsilon$ (3A $\Upsilon$ ) 3B $\Upsilon$ 4 $\Upsilon$	
Fibra ottica : si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Luce Guida : si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Esistenza di ottiche: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Modalità uso ottiche:		
Utilizzo:		

**CARATTERISTICHE ATTIVITA'**

Durata massima attività nel mese (h/mese):
Numero di utilizzatori del Laser durante una singola attività:
Numero massimo (ipotizzabile) di operatori presenti nell'area LASER:
Note:

<sup>1</sup> Pulse Repetition Frequency

**SCHEMA AREA LASER E POSIZIONE OPERATORI<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Indicare inoltre pareti, finestre, porte, quota soffitti, servizi (acqua, aria, gas, energia elettrica), mezzi antincendio (estintori). È possibile in alternativa allegare una fotografia del sito, corredata di annotazioni esplicative.

<b>CARATTERISTICHE AMBIENTE DI LAVORO</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>
La zona è segnalata da cartelli indicanti il pericolo di emissione laser e la dicitura: pericolo radiazione laser?	Y	Y
All'interno della stanza è presente cartellonistica indicante di evitare l'esposizione dell'occhio e della pelle alle radiazioni laser?	Y	Y
L'interruttore di accensione dello strumento risulta collegato con un segnalatore luminoso posto all'esterno ed indicante il funzionamento del laser?	Y	Y
L'ambiente è costruito in modo da evitare le riflessioni speculari involontarie? (pareti, infissi, specchi ecc.)	Y	Y
L'ambiente risulta protetto da eventuali fughe di radiazioni? Le finestre eventualmente presenti contengono vetri schermati, smerigliati o ricoperti da pellicole rifrangenti?	Y	Y
E' previsto un sistema di aspirazione dei fumi eventualmente prodotti durante l'attività? (bromo, cloro, fluoro, acido cianidrico)	Y	Y
È previsto l'utilizzo di agenti criogenici?	Y	Y
Le pareti e gli armadi compresi i tendaggi sono di tipo incombustibile od autoestinguente?	Y	Y
I locali risultano ben illuminati allo scopo di favorire la miosi pupillare?	Y	Y

<b>MISURE TECNICHE DI PROTEZIONE</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>
E' disponibile un dispositivo di blocco (es. pulsante di emergenza) facilmente accessibile tale da permettere l'arresto di emissione laser per qualsiasi necessità?	Y	Y
Il laser è attivabile mediante un comando a chiave <sup>1</sup> ?	Y	Y
Quando non in funzione, la chiave è disinserita e sotto il controllo del Responsabile (RADR) e/o del Tecnico della Sicurezza Laser (TSL)?	Y	Y
Gli strumenti sono muniti di spia luminosa che indica il funzionamento in atto?	Y	Y
Il tragitto del fascio laser in propagazione libera è sempre situato ad una quota tale per cui gli operatori durante i loro spostamenti non possono essere investiti sugli occhi? (molto al di sopra/al di sotto della quota degli occhi)	Y	Y
La configurazione di utilizzo si avvale di Dispositivi di Protezione Collettiva (es. schermi) per confinare la radiazione?	Y	Y
L'allineamento del LASER ed il suo accoppiamento con il sistema avvengono tramite mezzi meccanici / elettronici?	Y	Y
Il fascio laser è sempre limitato alla fine del suo tragitto utile (fuori del volume di lavoro) da un corpo assorbitore.	Y	Y

<sup>1</sup> il termine "chiave" include qualsiasi dispositivo di controllo, come le carte magnetiche, i codici a combinazione, le parole d'accesso, ecc.

E' disponibile presso la sede di utilizzo il manuale di uso dell'apparecchiatura in italiano?	Y	Y
Sono presenti mezzi di lotta antincendio? (es. estintori)	Y	Y

<b>DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>
Il numero di occhiali protettivi è maggiore o uguale al numero massimo di operatori presenti nell'area LASER?	Y	Y
Indicare la marcatura dell'oculare (lunghezza d'onda/ tipo laser/ num. grad./ marchio fabbr./ resistenza):  _____	n/a	n/a
Gli occhiali sono un dispositivo di protezione individuale (DPI) e hanno marchio CE ?	Y	Y
La densità ottica/numero di graduazione (UNI EN 207) degli occhiali è scelta secondo quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura Laser?	Y	Y
I DPI sono specifici per lo strumento? (almeno indicazione della lunghezza d'onda); vi è la dichiarazione di conformità della ditta fornitrice?	Y	Y
I DPI sono solidi, pratici e resistenti agli urti?	Y	Y
Gli occhiali protettivi sono usati da <u>tutti</u> i presenti nell'area LASER durante l'utilizzo dell'apparecchiatura?	Y	Y
L'operatore utilizza gli occhiali sempre e con cura? (evita sempre e comunque l'esposizione dell'occhio al fascio diretto o riflesso specularmente, anche quando indossa gli occhiali).	Y	Y
Il personale indossa indumenti protettivi completi (maniche lunghe) e resistenti al fuoco?	Y	Y
In caso di attività manuali in prossimità dell'emettitore vengono usati sottoganti in filo inumiditi per la protezione dalle ustioni?	Y	Y

<b>INDICAZIONI COMPORTAMENTALI</b>	<b>SI'</b>	<b>NO</b>
E' individuato all'interno dell'Unità Organizzativa un Responsabile per l'Apparecchiatura LASER con compiti di organizzazione, controllo delle misure di sicurezza?  Nominativo:	Y	Y
E' individuato all'interno dell'Unità Organizzativa un Tecnico della Sicurezza LASER (TSL) con compiti di organizzazione, controllo delle misure di sicurezza?  Nominativo:	Y	Y
Per tutti gli operatori che lavorano negli ambienti delimitati dalla cartellonistica di pericolo da esposizione al laser, è stata effettuata attività di formazione ed informazione?	Y	Y
Il funzionamento del LASER avviene solo in zona controllata (area LASER)?	Y	Y

L'accesso all'area LASER è consentito solo alle persone autorizzate? (cartellonistica)	Y	Y
Sono evitate le riflessioni non controllate ed accidentali? Vi sono indicazioni di non indossare oggetti riflettenti come orologi e/o gioielli durante l'utilizzo del LASER?	Y	Y
Le pulizie dei locali avvengono a LASER spento?	Y	Y
Sono chiare e definite le procedure di emergenza in caso di incidente?	Y	Y

## ALLEGATO 7 - Dettaglio rischio biologico

Fare riferimento al **D. L. qs. 81/08 Allegato XLVI**.

Indicare esclusivamente quanto utilizzato personalmente.

Tabella 7.1– Agenti biologici manipolati

Agente manipolato <sup>1</sup>	Gruppo di rischio <sup>2</sup>	Tempo d'uso (gg/anno)	Livello Contenimento Laboratorio	Utilizzo di animali vivi	Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC)	Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)	Note
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Tabella 7.2 – Agenti biologici potenzialmente presenti nel materiale manipolato

Agente potenzialmente presente nel materiale manipolato <sup>3</sup>	Gruppo di rischio <sup>4</sup>	Tempo d'uso (gg/anno)	Livello Contenimento Laboratorio	Utilizzo di animali vivi	Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC)	Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)	Note
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

<sup>1</sup> A titolo di esempio: Acari della polvere domestica, Acari delle derrate, Actinomiceti termofili, Aeromonas spp., Agente della BSE, Agente della scrapie delle pecore, Alternaria alternata, Ameba, Aspergillus fumigatus, Bacillus anthracis, Balantidium coli, Bordetella bronchiseptica, Borrelia burgdorferi, Brucella abortus, B.suis, B.melitensis, Campylobacter spp., Chlamidia psittaci, Clamydia, Clostridium difficile, Clostridium tetani, Coxiella burnetii, Cryptococcus neoformans, Cryptosporidium parvum, Dermatofiti (Tricophyton mentagrophytes, T. rubrum, Microsporium canis, Epidermophyton floccosum), Dicrocoelium dendriticum, Echinococcus granulosus, Endotossine, Enterobatteri (Escherichia, Shigella, Salmonella, Citrobacter, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, proteus, Providencia, Morganella, Yersinia), Enterobius vermicularis, Enterococcus faecium, E. faecalis, Erysipelothrix rhusiopathiae, Escherichia coli - sierotipi verocitotossigeni o enteroemorragici, Fasciola hepatica, Flebotomi (pappataci), Francisella tularensis, Haemophilus influenzae, HAV, HBV, HCV, Herpesvirus, Heylettiella parasitivorax (acaro), Histoplasma capsulatum, HIV, Hymenolepis nana, Babesia divergens, B. microti, Larve miasigene: mosca Oestrus ovis, Legionella pneumophila, Leptospira spp, Listeria monocytogenes, Mycobacterium marinum, M. fortuitum, M. chelona, M. Balnei, M. bovis, Mycobacterium tuberculosis, Orthomyxovirus (virus influenzali), Paramyxovirus, Pasteurella multocida, Pediculus capitis (pidocchio del capo), Penicillium, Candida, Geotricum, Rhodotorula, Phlebovirus (Virus Toscana), Poxvirus (Virus mollusco contagioso), Pseudomonas aeruginosa, P. paucimobilis, P. putida, P. fluorescens e P. acidovorans, Psoroptes communis (acaro), Pyemotes ventricosus (acaro pungitore), Rhabdovirus (virus della rabbia), Rhinovirus, Adenovirus, Richtetsia conorii, Rubivirus, Salmonella typhimurium, s. enteritidis, Sarcoptes scabiei (acaro), SARS-CoV, Schistosoma bovis, Scleroderma domesticum, Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Streptococcus suis, Taenia solium, Tafani, Ceratopogonidi, Sifonatteri (Pulci), Mallofagi (pidocchi), TBE (Tick Borne Encephalitis), Toxoplasma gondii, Yersinia enterocolitica, Zanzare (Anopheles spp., Aedes spp.), Zecche

<sup>2</sup> Indicare il numero del gruppo di rischio: I, II, III o IV.

<sup>3</sup> Descrivere se il materiale è sottoposto a verifiche infettivologiche o certificazioni.

<sup>4</sup> Indicare il numero del gruppo di rischio: I, II, III o IV.

				Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
				Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

**ALLEGATO 7 - Informazioni relative all'utilizzo di animali**

Ha un contatto diretto con animali?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Ha un contatto diretto con tessuti animali o fluidi biologici di provenienza animale, <b>NON</b> trattati con agenti chimici?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Indipendentemente dalle 2 risposte precedenti, lavora abitualmente in ambienti in cui si trovino animali o tessuti animali <b>NON</b> trattati chimicamente?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

Indichi gli animali che utilizza:

Cavia      Criceto      Topo      Ratto      Pesci      Anfibi      Rettili  
 no  si     no  si     no  si     no  si     no  si     no  si     no  si

Altre specie non indicate:

---



---



---

Per quante ore lavorative alla settimana è in contatto con animali? .....

**ALLEGATO 7 - Informazioni relative all'utilizzo di organismi vegetali**

Ha un contatto diretto con organismi vegetali?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Ha un contatto diretto con organismi vegetali o loro parti, <b>NON</b> trattati con agenti chimici?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Indipendentemente dalle 2 risposte precedenti, lavora abitualmente in ambienti in cui si trovino organismi vegetali o loro parti <b>NON</b> trattati chimicamente?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

Indichi gli organismi vegetali che utilizza:

Vegetali freschi  
no  sì Vegetali essiccati  
no  sì Alghe  
no  sì Funghi e licheni  
no  sì Piante superiori  
no  sì 

Specifici organismi vegetali o parti di essi (indicare se opportuno):

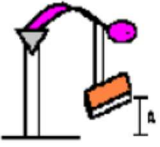
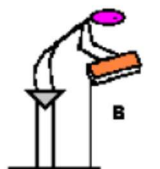

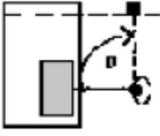
---

---

Per quante ore lavorative alla settimana è in contatto con vegetali? .....

## ALLEGATO 8 - Dettaglio rischio da Movimentazione Manuale dei Carichi

Tabella 8.1- Caratteristiche principali di sollevamento manuale dei carichi. Tale tabella va compilata per ciascuna tipologia di movimentazione

Caratteristica	Valore	Note
Età anagrafica del lavoratore	<input type="checkbox"/> ≥ 18 anni <input type="checkbox"/> <18 anni	
Massa effettivamente sollevata	_____ kg	
Altezza da terra delle mani all'inizio del sollevamento (FA) 	<input type="checkbox"/> 0 cm <input type="checkbox"/> 25 cm <input type="checkbox"/> 50 cm <input type="checkbox"/> 75 cm <input type="checkbox"/> 100 cm <input type="checkbox"/> 125 cm <input type="checkbox"/> 150 cm <input type="checkbox"/> > 175 cm	
Distanza verticale di spostamento del peso fra inizio e fine del sollevamento (FB) 	<input type="checkbox"/> 0 cm <input type="checkbox"/> 25 cm <input type="checkbox"/> 50 cm <input type="checkbox"/> 75 cm <input type="checkbox"/> 100 cm <input type="checkbox"/> 125 cm <input type="checkbox"/> 150 cm <input type="checkbox"/> > 175 cm	
Distanza orizzontale tra le mani e il punto di mezzo delle caviglie – distanza massima raggiunta del peso dal corpo (FC) 	<input type="checkbox"/> 25 cm <input type="checkbox"/> 30 cm <input type="checkbox"/> 40 cm <input type="checkbox"/> 50 cm <input type="checkbox"/> 55 cm <input type="checkbox"/> 60 cm <input type="checkbox"/> > 65 cm	
Dislocazione angolare del peso in gradi (D) 	<input type="checkbox"/> 0° <input type="checkbox"/> 30° <input type="checkbox"/> 60° <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> 120° <input type="checkbox"/> 135° <input type="checkbox"/> > 135°	
Giudizio sulla presa del carico (E)	<input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> scarso	
Frequenza dei gesti (numero atti al minuto) in relazione alla durata dell'attività (F)	Frequenza (atti/min)	0.2    1    4    6    9    12    >15
	durata attività < 1h	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	durata attività tra 1h e 2h	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	durata attività tra 2h e 8h	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Note:		
Il carico viene sollevato con una mano (OM)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Caratteristica	Valore	Note
I sollevamenti vengono eseguiti da due persone (PM)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Vengono eseguiti compiti supplementari <sup>1</sup>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Tabella 8.2 - Caratteristiche principali di traino/spinta/movimentazione manuale dei carichi. Tale tabella va compilata per ciascuna tipologia di movimentazione

	Caratteristica	Valore	Note
<b>POSIZIONE (POS)</b>	angolo di curvatura del busto maggiore di 45 °	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	braccia sollevate con mani al di sopra delle spalle	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	braccia tese in avanti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	torsione laterale del busto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>PRESA E MOVIMENTI (DIM)</b>	presa del carico ad altezza >1m e/o <60cm	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	deposizione del carico ad altezza >1m e/o <60cm	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	presa del carico a distanza orizzontale dal corpo > 40cm	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	deposizione del carico a distanza orizzontale dal corpo > 40cm	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>PESO E FREQUENZA (P, FREQ)</b>	peso del carico superiore a 30kg (uomini) o 20kg(donne)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	frequenza di movimentazione > 5atti/minuto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	presa "difficile" del carico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>CONDIZIONI DI TRASPORTO (TR)</b>	il carico è trasportato abitualmente a distanza > 2m	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	il trasporto del carico richiede l'uso di scale e/o rampe	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	Nel trasporto si riscontrano ostacoli e/o difficoltà di spostamento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>USO DI CARRELLI (C)</b>	CARRELLI: il peso del carico è >600kg (transpallet) o >300kg (gabbie)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	CARRELLI: il trasporto avviene tramite superfici che presentano dislivelli	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	CARRELLI: il mezzo di trasporto presenta deterioramento evidente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>FORZA (F)</b>	L'attività richiede sforzi consistenti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>AUTONOMIA (A)</b>	Il lavoro non può essere condotto in modo autonomo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

<sup>1</sup> Compiti fisicamente impegnativi, es. esposizione a microclima sfavorevole, precisione nella collocazione del carico, spinta del carico con una mano;

## ALLEGATO 9 – Rischio da Videoterminale (VDT)

Utilizzando un'attrezzatura munita di VDT in modo sistematico ed abituale per tempi **uguali o superiori alle 20 ore settimanali**, dedotte le pause previste dalla normativa (15min ogni 120min di lavoro) lei è classificato come lavoratore esposto a rischio VDT ai sensi del'art. 173 del D. Lgs. 81/08 e ss mm e ii. Pertanto:

Tabella 9.1 – Condizioni organizzative

Caratteristiche	Note
1. Il lavoro al VDT è alternato con altre attività	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2. Il lavoro al VDT è organizzato e gestito autonomamente dal dipendente in termini di tempo e modalità	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Il lavoro al VDT permette al dipendente di allontanarsi dalla postazione di lavoro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
4. Da quanto tempo lavora al VDT:	_____anni _____mesi
5. Ore di utilizzo del VDT al giorno (in media):	___ore/giorno
6. Giorni di utilizzo del VDT a settimana (in media):	___giorni/sett.
7. Le interruzioni del lavoro al VDT sono:	<input type="checkbox"/> effettive pause di riposo (esclusa la pausa pranzo) <input type="checkbox"/> cambio di attività <input type="checkbox"/> pause o interruzioni attive di analisi e/o verifica di problematiche lavorative emerse
8. Suddivisione dell'attività settimanale al VDT:	
8.1 Ricerca o controllo dati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8.2 Videoscrittura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8.3 Immissione ed elaborazione dati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8.4 Progettazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8.5 Statistica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8.6 Programmazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Tabella 9.2 – Condizioni microclimatiche

Caratteristiche	Note
1. La postazione di lavoro è posizionata in modo che le fonti luminose presenti non producano riflessi o abbagliamenti fastidiosi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2. Le finestre sono munite di tende o coperture regolabili	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Le finestre, rispetto al dipendente, sono:	<input type="checkbox"/> di spalle <input type="checkbox"/> di fronte <input type="checkbox"/> di fianco
4. I livelli di temperatura dell'ambiente di lavoro sono adeguati e confortevoli	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
5. I livelli di rumorosità ambientale nel locale sono adeguati e non arrecano fastidio allo svolgimento dell'attività lavorativa	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

**ALLEGATO 9 – Rischio da Videoterminale (VDT)**
*Tabella 9.3 – Postazione di lavoro*

<b>SCHERMO</b>			
Regolabile in luminosità e contrasto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Orientabile: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Inclinabile: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>TASTIERA</b>			
Regolabile e dotata di meccanismo di variazione della pendenza: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Superficie opaca per evitare i riflessi: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	I simboli dei tasti presentano sufficiente contrasto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>PIANO DI LAVORO</b>			
Unico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Colore chiaro: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Non riflettente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Stabile di altezza fissa o regolabile indicativamente tra i 70 e gli 80 cm : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Con una superficie ampia per disporre i materiali necessari e le attrezzature (video, tastiera, etc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Consente un appoggio per gli avambracci dell'operatore davanti alla tastiera nel corso della digitazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Permette un comodo alloggiamento e la movimentazione degli arti inferiori e per infilarvi il sedile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>SEDILE</b>			
Girevole con basamento stabile o a cinque punti di appoggio: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Con bordi smussati di materiale non troppo cedevole, permeabile al vapore acqueo e pulibile: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Piano e schienale regolabili indipendentemente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Schienale regolabile in altezza: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**ALLEGATO 10 – Rischi da attività condotte in ambienti esterni all’Ateneo**
*Tabella 6.1 – Riferimenti della sede*

Item
1. Ragione sociale dell’Ente ospitante:
2. Indirizzo/coordinate geografiche dell’Ente ospitante:
3. Indirizzo / coordinate geografiche dell’attività lavorativa:

*Tabella 6.2 – Condizioni organizzative*

1. Atti amministrativi che riguardano l’attività svolta presso l’Ente Ospitante (es. convenzioni) :	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	In caso di sottoscrizione di atti amministrativi, una copia di essi deve essere depositata presso il personale della Struttura di Appartenenza (es. Direttore di Direzione, Direttore di Dipartimento, Direttore del Centro, Direttore della Biblioteca, ecc.).
2. Esistenza di un Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenza (DUVRI) e/o di un Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	In caso di sottoscrizione di un DUVRI e/o PSC, una copia di tali documenti deve essere depositata presso il personale della Struttura di Appartenenza (es. Direttore Direzione, Direttore di Dipartimento, Direttore del Centro, Direttore della Biblioteca, ecc.).
3. L’attività presso l’Ente Ospitante si svolge:		
3.1 In Laboratorio	<input type="checkbox"/> Sì, _____ ore/sett. <input type="checkbox"/> No	
3.2 In Ufficio	<input type="checkbox"/> Sì, _____ ore/sett. <input type="checkbox"/> No	
3.3 In Biblioteca	<input type="checkbox"/> Sì, _____ ore/sett. <input type="checkbox"/> No	
3.4 In Ambienti confinati <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Sì, _____ ore/sett. <input type="checkbox"/> No	
3.7 In Cantieri temporanei o mobili <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Sì, _____ ore/sett. <input type="checkbox"/> No	
3.8 All’aperto, in contesti di bassa urbanizzazione	<input type="checkbox"/> Sì, _____ ore/sett. <input type="checkbox"/> No	
3.9 Altro: _____	<input type="checkbox"/> Sì, _____ ore/sett. <input type="checkbox"/> No	
4. L’attività presso l’Ente Ospitante è organizzata e gestita autonomamente dal lavoratore in termini di tempo e modalità	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5. L’attività presso l’Ente Ospitante ha durata complessiva di:	_____ gg dal ____/____/____ al ____/____/____	

<sup>1</sup> Per “ambiente confinato” si intende uno spazio circoscritto, caratterizzato da limitate aperture di accesso e da una ventilazione naturale sfavorevole, in cui può verificarsi un evento incidentale importante, che può portare ad un infortunio grave o mortale, in presenza di agenti chimici pericolosi (ad esempio, gas, vapori, polveri). Alcuni ambienti confinati sono facilmente identificabili come tali, in quanto la limitazione legata alle aperture di accesso e alla ventilazione sono ben evidenti e/o la presenza di agenti chimici pericolosi è nota. Fra essi si possono citare: serbatoi di stoccaggio, silos, recipienti di reazione, fognie, fosse biologiche, pozzi, camini, fosse, cunicoli, gallerie. Altri ambienti ad un primo esame superficiale potrebbero non apparire come confinati. In particolari circostanze, legate alle modalità di svolgimento dell’attività lavorativa o ad influenze provenienti dall’ambiente circostante, essi possono invece configurarsi come tali e rivelarsi altrettanto insidiosi. È il caso ad esempio di: camere con aperture in alto, vasche, depuratori, camere di combustione nelle fornaci e simili, canalizzazioni varie, camere non ventilate o scarsamente ventilate.

<sup>2</sup> Per “cantiere temporaneo o mobile” si intende qualunque luogo in cui si effettuano lavori edili o di ingegneria civile il cui elenco è riportato nell’allegato X, ossia

LAVORI DI	OGGETTO	CARATTERISTICHE
costruzione, manutenzione, riparazione, demolizione, conservazione, risanamento, di...	opere fisse, opere permanenti, opere temporanee,	in muratura, in cemento armato, in metallo, in legno o in altri materiali, comprese le parti strutturali delle linee elettriche e le parti strutturali degli: impianti elettrici, le opere stradali, le opere ferroviarie, le opere idrauliche, le opere marittime, le opere idroelettriche
ristrutturazione o equipaggiamento, la trasformazione, il rinnovamento o lo smantellamento, di...		
per la parte che comporta lavori edili o di ingegneria civile: le opere di bonifica, opere di sistemazione forestale e opere di sterro.	elementi prefabbricati utilizzati per la realizzazione di lavori edili o di ingegneria civile <sup>2</sup> .	
gli scavi, il montaggio e lo smontaggio di ...		

6. Presso l'Ente Ospitante, l'attività è condotta sotto la supervisione di <sup>1</sup> :	nominativo: _____ dipartimento/ufficio/reparto: _____ Indirizzo: _____ telefono: _____ email: _____
7. Per conto dell'Ateneo, l'attività presso l'Ente Ospitante è stata autorizzata da <sup>2</sup> :	nominativo: _____ area/dipartimento/centro/ufficio: _____ Indirizzo: _____ telefono: _____ email: _____
8. L'attività viene condotta con macchine, impianti ed attrezzature esclusivamente dell'Ente Ospitante o di terzi che non siano l'Ateneo Roma Tre.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
9. Il lavoratore è stato sottoposto alla informazione formazione sui rischi specifici	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
10. Il lavoratore è sottoposto a sorveglianza sanitaria obbligatoria dal medico competente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
11. L'attività presso l'Ente Ospitante si svolge con turni notturni	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

*Tabella 6.3 – Tipologia di rischio conseguente alle attività condotte esternamente all'Ateneo*

Item	Note
<b>1. Rischio Meccanico:</b>	
1.1 Utilizzo di macchine/impianti/attrezzature con parti in movimento non protette (es. durate operazioni di taglio, macinazione, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.2 Utilizzo di macchine/impianti/attrezzature con parti in movimento non controllato (es. con carichi in oscillazione libera, con elementi sottoposti a scivolamento, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.3 Utilizzo di macchine/impianti/attrezzature con parti caratterizzate da superfici pericolose (es. spigoli taglienti, lame, superfici altamente abrasive, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.4 Lavori in quota <sup>3</sup> , attività con rischio di caduta dall'alto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.5 Attività che espongono a pericolo di scivolamento e/o inciampo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
1.6 Utilizzo di macchine/attrezzature di trasporto e/o movimentazione carichi (es. carrelli)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>2. Rischio Elettrico</b>	
2.1 Attività a rischio concreto di contatto con parti in tensione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2.2 Possibilità di archi elettrici	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2.3 Accumulo di carica elettrostatica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>3. Rischio Termico</b>	
3.1 Superfici/Mezzi ad elevata temperatura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3.2 Superfici/Mezzi a bassa temperatura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>4 Rischio Rumore</b>	
4.1 Superamento dei livelli d'azione consentiti (> 80 dBA)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>5. Rischio Vibrazioni</b>	
5.1 Vibrazioni su corpo intero	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
5.2 Vibrazioni su mano-braccio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>6. Rischio Radiazioni</b>	
6.1 Utilizzo di campi elettromagnetici	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6.2 Utilizzo di isotopi radioattivi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

<sup>1</sup> Indicare il referente che appartiene all'organizzazione dell'Ente Ospitante ed è dotato di autonomia organizzativa e di spesa.

<sup>2</sup> Indicare il personale di Ateneo che ha autorizzato l'attività ed è dotato di autonomia organizzativa e di spesa.

<sup>3</sup> Ossia almeno 2.00 m al di sopra di un piano di appoggio stabile.

6.3 Utilizzo di radiazioni ionizzanti (es. raggi X, $\alpha$ , $\beta$ , $\gamma$ , ecc.)		
6.4 Utilizzo di Radiazioni Ottiche Artificiali (es. Laser, Infrarosso, UV, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.5 Utilizzo di microonde	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6.6 Utilizzo di radiazioni in radiofrequenza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>7. Rischio da sostanze pericolose e/o agenti biologici</b>		
7.1 Utilizzo di sostanze chimiche nocive sotto forma di gas/vapori/aerosol/liquidi/solidi.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.2 Utilizzo di sostanze infiammabili/esplosive	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7.3 Utilizzo di agenti biologici	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>8. Ergonomia</b>		
8.1 Attività che comporta il sollevamento manuale di carichi pesanti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
8.2 Attività fortemente ripetitiva	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
8.3 Attività che richiede una postura fissa per tempi prolungati	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>9. Condizioni ambientali</b>		
9.1 Ambiente soggetto ad inquinamento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
9.2 Scarsa illuminazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
9.3 Scarse condizioni igieniche	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
9.4 Condizioni di temperatura/umidità/velocità dell'aria non adeguate o comunque gravose per lo svolgimento dell'attività	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

---

## ALLEGATO 11- Esposizione a polveri vegetali

### 1. Presenza di polveri vegetali

Durante le attività di laboratorio vengono utilizzati materiali di origine vegetale in forma polverulenta?

Sì  No

Tipologie:

Farine

Cereali / legumi macinati

Spezie / erbe aromatiche

Cacao

Zuccheri

Altri: \_\_\_\_\_

**Quantità utilizzata (g/kg mese o anno):**

\_\_\_\_\_

### 2. Attività coinvolte

Pesatura ingredienti secchi

Travaso / versamento

Setacciatura

Miscelazione a secco

Macinazione

Pulizia superfici / attrezzature

Altre attività: \_\_\_\_\_

### 3. Modalità di svolgimento delle attività

Su banco aperto

Ambiente ventilato naturalmente

Ambiente con ventilazione meccanica

Presenza di aspirazione localizzata

### 4. Frequenza delle attività con manipolazione di materiali di origine vegetale in forma polverulenta

Occasionale  Periodica  Regolare  In ogni sessione

Altro:.....

### 5. Segnalazioni o osservazioni

Sollevamento visibile di polveri

Odore intenso di spezie o farine

Irritazioni a naso / occhi / gola

Nessuna segnalazione rilevata

### 6. Informazioni su soggetti sensibili

Allergie a farine / spezie

Patologie respiratorie

Nessuna segnalazione ricevuta

Non noto

### 7. Misure attualmente adottate

Ventilazione naturale

Ventilazione forzata

Limitazione dei quantitativi

Procedure operative condivise

Pulizia frequente delle superfici

Altre misure: \_\_\_\_\_

## Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

<b>Dispositivo</b>	<b>Note</b>
<input type="checkbox"/> Schermo facciale	.....
<input type="checkbox"/> Occhiali protettivi per schizzi di agenti chimici - <b>EN166</b>	.....
<input type="checkbox"/> Occhiali protettivi per UV – <b>EN 170</b>	.....
<input type="checkbox"/> Occhiali protettivi per IR – <b>EN 171</b>	.....
<input type="checkbox"/> Occhiali protettivi per laser - <b>EN 207</b>	.....
<input type="checkbox"/> Maschere intere – <b>EN 136</b>	.....
<input type="checkbox"/> Filtri antipolvere – <b>EN 143</b>	.....
<input type="checkbox"/> Filtri antigas e filtri combinati – <b>EN 14387</b>	.....
<input type="checkbox"/> Semimaschere filtranti contro particelle – <b>EN 149</b>	.....
<input type="checkbox"/> Semimaschere filtranti antigas - <b>EN 405</b>	.....
<input type="checkbox"/> Guanti - <b>EN 374</b>	.....
<input type="checkbox"/> Guanti per criogenia – <b>EN 511</b>	.....
<input type="checkbox"/> Guanti per elettricisti	.....
<input type="checkbox"/> Cuffie antirumore - <b>EN 352</b>	.....
<input type="checkbox"/> Camici	.....
<input type="checkbox"/> Calzature antinfortunistiche - <b>EN ISO 20346</b>	.....
<input type="checkbox"/> Altro:	.....

## Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC)

	<b>Note</b>
<input type="checkbox"/> Cappa chimica	
<input type="checkbox"/> Cappa a sicurezza biologica di classe I	.....
<input type="checkbox"/> Cappa a sicurezza biologica di classe II A	.....
<input type="checkbox"/> Cappa a sicurezza biologica di classe II B1	.....
<input type="checkbox"/> Cappa a sicurezza biologica di classe II B2	.....
<input type="checkbox"/> Cappa a sicurezza biologica di classe III	.....
<input type="checkbox"/> DPC contro le cadute	.....
<input type="checkbox"/> Altri DPC	.....

## DICHIARAZIONE

Si dichiara sotto la propria responsabilità che quanto riportato nella presente *Scheda di Pericolo Individuale* risponde a verità e non contiene omissioni.

Roma, li .....

IL LAVORATORE

---

Visto del:  
RESPONSABILE DEL LABORATORIO/UFFICIO

---

Visto del  
DIRETTORE UP

---