



# **Anteprima del modulo valutazione delle attività previste per la sorveglianza sanitaria**

# Sezione 1: scheda anagrafica per istituzione cartella sanitaria

**Nota:** solo i campi che terminano con l'indicazione (\*) sono obbligatori

## SCHEDA ANAGRAFICA PER ISTITUZIONE CARTELLA SANITARIA

<b>1. E-mail (*)</b>	<input type="text"/>
<b>2. Cellulare</b>	<input type="text"/>
<b>3. Sede dove viene svolta l'attività (*)</b>	<input type="text"/>
<b>4. Responsabile scientifico/tutore</b>	<input type="text"/>
<b>5. Tipologia del contratto/autorizzazione(*)</b>	
Contratto a tempo indeterminato part-time (specificare ore/settimana)	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Contratto a tempo indeterminato full-time	<input type="radio"/>
Contratto a tempo determinato part-time (specificare ore/settimana)	<input type="radio"/> <input type="text"/>
Contratto a tempo determinato full-time	<input type="radio"/>
Contratto di collaborazione	<input type="radio"/>
Autorizzazione	<input type="radio"/>

Se nell'ultima domanda viene selezionato un contratto a tempo determinato o indeterminato, il questionario prosegue con la seguente richiesta di approfondimento:

- Area (\*)**
- Tecnico
  - Amministrativo
  - Docente/ricercatore
  - Biblioteche

altrimenti:

**Tipologia (\*)**

Docenza a contratto	<input type="radio"/>
Co.co.co. o co.co.pro.	<input type="radio"/>
Dottorato	<input type="radio"/>
Borsa	<input type="radio"/>
Assegno di ricerca	<input type="radio"/>
Corso di specializzazione	<input type="radio"/>
Tesi di laurea	<input type="radio"/>
Tirocinio	<input type="radio"/>
Ospitalità o altro	<input type="radio"/>

Se non è stato selezionato un contratto a tempo indeterminato, viene anche richiesto il dato:

**Scadenza rapporto (\*)**

In tutti i casi il modulo continua con il seguente blocco di domande:

3. Nominativo medico curante

4. Sede ambulatorio (città)

5. Indirizzo ambulatorio (via/piazza e numero)

6. Telefono ambulatorio

7. Altro riferimento medico

8. Si è sottoposti a sorveglianza sanitaria presso qualche altro ente/azienda per rischi in comune? (\*)  
Sì (specificare i rischi)    
No

Se all'ultima richiesta si risponde "Sì", allora è necessario fornire anche il seguente dato:

**SCHEDA ANAGRAFICA PER ISTITUZIONE CARTELLA SANITARIA**

1. Ente/azienda con i quali si è già sottoposti a sorveglianza sanitaria per rischi in comune (\*)

## Sezione 2: dichiarazione delle attività previste per valutazione sorveglianza sanitaria

**Nota:** per ogni laboratorio frequentato bisogna ricompilare l'intero questionario

La seconda parte inizia chiedendo i seguenti dati:

### DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE PER VALUTAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA

1. Dipartimento/Facoltà/altro ed event. laboratorio/officina in cui viene prestata l'attività(\*)

2. Ente in cui si trova l'edificio con il laboratorio/officina in cui viene prestata l'attività(\*)  
Università degli Studi di Trieste   
Altro (da specificare)

Se è stato specificato che l'attività viene prestata presso un edificio universitario, bisogna indicare l'edificio esatto:

### DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE PER VALUTAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA

1. Edificio universitario in cui si trova il laboratorio/officina in cui viene prestata l'attività (\*)

- Edificio A
- Edificio A**
- Edificio B
- Edificio C1 - Tutankhamon
- Edificio C2 (e colleg. con C3 e C5)
- Edificio C3
- Edificio C4
- Edificio C5
- Edificio C6
- Edificio C7
- Edificio C8 (e colleg. con C9)
- Edificio C9
- Edificio C4 bis - mensa personale
- Edificio C11
- Edificio D
- Edificio F
- Edificio G
- Edificio H1 - vasca navale
- Edificio H2, H2bis (e colleg. con H3)
- Edificio H3
- Edificio L
- Edificio M
- Edificio Q
- Edificio Ra
- Edificio FC di via Fleming 22 - Fondazione Callerio
- Edificio di via Fleming 31/A - Fondazione Callerio
- Edificio di via Fleming 31/B - Fondazione Callerio
- Edificio di via Zanella 2
- San Giovanni - palazzina C
- San Giovanni - palazzina N
- San Giovanni - palazzina O

azioni su carta(\*)

orna

altrimenti l'edificio deve essere indicato tramite un campo di testo libero:

**DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE PER VALUTAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA**

1. Edificio in cui si trova il laboratorio/officina in cui viene prestata l'attività(\*)

Si procede rispondendo alle domande relativamente alle attività a rischio svolte in quel locale:

2. E' previsto lo svolgimento di docenza frontale/tutoraggio?(\*)

Si

No

3. E' previsto lo svolgimento di attività impiegatizie ed assimilabili?(\*)

Si

No

4. E' previsto l'uso del videoterminale per più di 20 ore/settimana effettive (cioè al netto di pause ed operazioni su carta)?(\*)

Si

No

5. E' previsto lo svolgimento di lavori pesanti (movimentazione carichi)?(\*)

Si

No

Se all'ultima domanda si è risposto "Si", allora vengono proposti altri tre quesiti:

**DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE PER VALUTAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA**

1. Concentrazione annuale attività di movimentazione carichi(\*)

Più mesi all'anno

Poche giornate all'anno

2. Frequenza settimanale attività di movimentazione carichi (\*)

Pochi giorni a settimana

Quotidianamente

3. Impegno giornaliero attività di movimentazione carichi (\*)

Poche ore al giorno

Oltre mezza giornata

Il modulo continua con la seguente domanda:

4. E' previsto lo svolgimento di attività pratica in laboratorio chimico? (\*)

Si

No

Se all'ultima domanda si è risposto "Sì", allora bisogna rispondere a questi ulteriori quesiti:

**DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE PER VALUTAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA**

1. Concentrazione annuale attività pratica in laboratorio chimico (\*)

Poche giornate all'anno

Più mesi all'anno

2. Frequenza settimanale attività pratica in laboratorio chimico (\*)

Pochi giorni a settimana

Quotidianamente

3. Impegno giornaliero attività pratica in laboratorio chimico (\*)

Poche ore al giorno

Oltre mezza giornata

Il modulo continua con la seguente domanda:

4. E' previsto lo svolgimento di attività pratica in laboratorio biologico? (\*)

Sì

No

Se all'ultimo quesito si è risposto "Sì", allora bisogna nuovamente rispondere alle tre domande:

**DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE PER VALUTAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA**

1. Concentrazione annuale attività pratica in laboratorio biologico (\*)

Poche giornate all'anno

Più mesi all'anno

2. Frequenza settimanale attività pratica in laboratorio biologico (\*)

Pochi giorni a settimana

Quotidianamente

3. Impegno giornaliero attività pratica in laboratorio biologico (\*)

Poche ore al giorno

Oltre mezza giornata

Il modulo continua con la seguente domanda:

4. E' previsto lo svolgimento di attività pratica in stabulario (con animali vivi)? (\*)

Sì

No

Se all'ultima domanda si è risposto "Sì", allora vengono richiesti altri tre dati:

**DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE PER VALUTAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA**

**1. Concentrazione annuale attività pratica in stabulario (\*)**

Poche giornate all'anno

Più mesi all'anno

**2. Frequenza settimanale attività pratica in stabulario (\*)**

Pochi giorni a settimana

Quotidianamente

**3. Impegno giornaliero attività pratica in stabulario (\*)**

Poche ore al giorno

Oltre mezza giornata

Il modulo continua con la seguente domanda:

**4. E' previsto lo svolgimento di attività pratica in laboratorio di altro tipo? (\*)**

Sì (specificare il laboratorio)

No

Se l'ultima risposta è stata "Sì", allora bisogna fornire le seguenti precisazioni:

**DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE PER VALUTAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA**

**1. Concentrazione annuale attività pratica in laboratorio di altro tipo (\*)**

Poche giornate all'anno

Più mesi all'anno

**2. Frequenza settimanale attività pratica in laboratorio di altro tipo (\*)**

Pochi giorni a settimana

Quotidianamente

**3. Impegno giornaliero attività pratica in laboratorio di altro tipo (\*)**

Poche ore al giorno

Oltre mezza giornata

Il modulo termina con le seguenti domande:

**4. Attività soggette a norme specifiche (da indicare anche se svolte occasionalmente e/o in altro ambiente)**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Impiego di gas tossici, ove sia richiesto il certificato di abilitazione                    | <input type="checkbox"/> |
| Produzione, confezionamento, detenzione e trasporto di esplosivi (fochino)                  | <input type="checkbox"/> |
| Operatori e addetti a sostanze potenzialmente esplosive e infiammabili, settore idrocarburi | <input type="checkbox"/> |
| Operatori e addetti ad apparecchiature di risonanza magnetica nucleare                      | <input type="checkbox"/> |
| Operatori e addetti ad apparecchiature laser ad alta potenza                                | <input type="checkbox"/> |
| Guida di veicoli stradali durante l'orario di servizio                                      | <input type="checkbox"/> |
| Guida di macchine per la movimentazione merci (carrelli, carri ponte, muletti, ecc.)        | <input type="checkbox"/> |
| Mansioni che prevedono attività in quota o in altezza (oltre i due metri)                   | <input type="checkbox"/> |
| Mansioni che si svolgono in cave e miniere  | <input type="checkbox"/> |
| Manipolazione di agenti biologici del gruppo 3 o 4  | <input type="checkbox"/> |
| Attività pratica con sostanze cancerogene e mutagene  | <input type="checkbox"/> |
| Attività subacquee  | <input type="checkbox"/> |

**5. Altre attività a rischio**