



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Scheda di destinazione lavorativa per la ricognizione dei rischi occupazionali mirata alla predisposizione delle misure di sicurezza e dei protocolli di sorveglianza sanitaria

ANAGRAFICA LAVORATIVA

Matricola: 1812180 Cognome: ROSSI Nome: EMANUELE Data di nascita: 15/01/99 M ☒ F ☐
 Luogo di nascita: ROMA Domicilio Via: SACRO CUORE N° Civico: 3 Città: ANZIO
 PR: RM CAP: 00042 Indirizzo e-mail: rossi.1812180@studenti.uniroma1.it Telefono: 069844597 Cellulare: 3460738909
 Struttura: DIPARTIMENTO DI FISICA Qualifica: LAUREANDO
(Indicare denominazione Facoltà, Dipartimento, Centro, Biblioteca, Area, ecc.) Professore, Ricercatore, TAB, Dottorando, Assegnista, Studente, ecc
 Indirizzo sede Lavorativa: PIAZZALE ALDO MORO, 2 (RM) Cod. Edificio*: 013 Piano 2 Stanza N° 213b

(*Per reperire questi dati potete fare riferimento all'elenco edifici pubblicato all'indirizzo web: http://www.uniroma1.it/sites/default/files/gare_appalti/Elenco_attuali_sedi_dell'Ateneo.pdf)

Attività Lavorativa/Tirocinio/Tesi/Dottorato, ecc. TESI Data inizio: 2/11/23 Data fine prevista: 2/11/24
 Laboratorio/campagna archeologica, geologica, marittima
 Descrizione dell'attività svolta:

SIMULAZIONE DI LATICE QUD. → PROGRAMMAZIONE

POTENZIALI RISCHI DI ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALI

RISCHI PER LA SICUREZZA (INFORTUNISTICI)

DI NATURA MECCANICA

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

DI NATURA TERMICA

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



DI NATURA ELETTRICA

Esegui operazioni di manutenzione su impianti elettrici o utilizzi apparecchiature elettriche, ad esclusione delle usuali apparecchiature d'ufficio: fax, fotocopiatrici, computer, stampanti, etc.?	<input checked="" type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Ore/giorno	<input type="checkbox"/> Giorni/Mese	<input type="checkbox"/> Mesi/Anno
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

DI NATURA CHIMICA

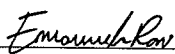
Usi sostanze pericolose per incendio o per esplosione?	<input checked="" type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Ore/giorno	<input type="checkbox"/> Giorni/Mese	<input type="checkbox"/> Mesi/Anno
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

RISCHI PER LA SALUTE (IGIENICO AMBIENTALE)

SCHEDA VDT (VIDEOTERMINALI)

Lavori con il computer?	<input checked="" type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Quante ore a settimana lavori con il computer in modo sistematico ed abituale?	Numero ore: 40
Da quanti anni usi il computer?	Numero anni: 4
Attualmente quale tipo di attività svolgi al computer?	<input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> videoscrittura <input type="checkbox"/> consultazioni <input type="checkbox"/> immissione dati in database <input checked="" type="checkbox"/> programmazione Altro:

data 31/10/2023


Firma del dipendente o dell'equiparato


Firma del Dirigente ⁽¹⁾

Firma del Datore di Lavoro della Struttura ⁽²⁾

¹⁰ Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (R.A.D., Responsabile di Laboratorio, Direttori Biblioteche e Musei, ecc.)

²⁰ Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (Direttore generale, Presidi, Direttore di Dipartimento, Direttore di Area, ecc)



RISCHI FISICI

CLIMA, MICROCLIMA E MACROCLIMA

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

FIBRE/POLVERI/PARTICOLATO AERODISPERSO

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

RUMORE

Utilizzi macchinari o apparecchiature che producono rumore?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Ore/giorno	<input type="checkbox"/> Giorni/Mese	<input type="checkbox"/> Mesi/Anno
Specificare, quali:				

VIBRAZIONI

Utilizzi macchine utensili quali martello pneumatico, carteggiatrice, smerigliatrice, trapano, o altri utensili che possono indurre o provocare vibrazioni e scuotimenti?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Ore/giorno	<input type="checkbox"/> Giorni/Mese	<input type="checkbox"/> Mesi/Anno
Specificare, quali:				
Utilizzi per la tua attività gru ed autogrù, trattori, ruspe carrelli elevatori, motociclette ed altri mezzi di trasporto, etc.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Ore/giorno	<input type="checkbox"/> Giorni/Mese	<input type="checkbox"/> Mesi/Anno
Specificare, quali:				

RADIAZIONI IONIZZANTI ³⁰

Utilizzi sorgenti di radiazioni ionizzanti?					<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> prevalente
Se sì, indicare il tipo di sorgente/i:							
Si utilizzano macchine radiogene?					<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Macchina radiogena	frequenza di utilizzo				luogo di lavoro, caratteristiche e modalità d'uso		
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
Si utilizzano sostanze radioattive in forma non sigillata?					<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Radionuclide	frequenza di utilizzo				luogo di lavoro, caratteristiche e modalità d'uso		
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
Si utilizzano sostanze radioattive in forma sigillata?					<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Radionuclide	frequenza di utilizzo				luogo di lavoro, caratteristiche e modalità d'uso		
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
	Ore/giorno	Giorni/Mese	mesi/anno				
Accesso nelle zone controllate e/o sorvegliate					<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		

30) Ai sensi del D.Lgs. 101/2020 la valutazione di radioesposizione e le verifiche periodiche sono affidate all'Esperto qualificato d'Ateneo e al Servizio di Fisica Sanitaria



Zona	Classificazione	Frequenza di accesso		
	<input type="checkbox"/> Sorvegliata <input type="checkbox"/> Controllata	Ore/giorno	Giorni/Mese	Mesi/Anno
	<input type="checkbox"/> Sorvegliata <input type="checkbox"/> Controllata	Ore/giorno	Giorni/Mese	Mesi/Anno
	<input type="checkbox"/> Sorvegliata <input type="checkbox"/> Controllata	Ore/giorno	Giorni/Mese	Mesi/Anno
	<input type="checkbox"/> Sorvegliata <input type="checkbox"/> Controllata	Ore/giorno	Giorni/Mese	Mesi/Anno

RADIAZIONI NON IONIZZANTI

Radiazioni ottiche artificiali (ROA)

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

Campi Elettromagnetici (CEM)

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

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

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI/COLLETTIVI

SI UTILIZZANO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) E/O COLLETTIVI (DPC)? ☐ SI ☐ NO
Se "sì" ricordarsi di compilare la sezione "dispositivi di protezione" in fondo al modulo

data

Firma del dipendente o dell'equiparato

Firma del Dirigente ⁽⁴⁾

Firma del Datore di Lavoro della Struttura ⁽⁵⁾

⁽⁴⁾ Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (R.A.D., Responsabile di Laboratorio, Direttori Biblioteche e Musei, ecc.)
⁽⁵⁾ Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (Direttore generale, Presidi, Direttore di Dipartimento, Direttore di Area, ecc.)

RISCHI CHIMICI

Responsabile del Laboratorio: Dipartimento:
Edificio: Piano: Stanza: Attività di laboratorio Data inizio: Data Fine:

Natura dell'attività

☐ Laboratorio di didattica

☐ Laboratorio di ricerca

Tipologia del laboratorio

☐ di chimica qualitativa
☐ di chimica quantitativa
☐ di chimica strumentale
☐ di chimica analitica
☐ di chimica inorganica

☐ di chimica organica
☐ di chimica fisica
☐ di biochimica
☐ di chimica preparativa
☐ strumentale

☐ fisico
☐ fisico meccanico
☐ Officina meccanica
☐ Officina elettromeccanica
☐ Altro

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

Altro:

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

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

Indicare le attrezzature che abitualmente utilizzi nel laboratorio:

☐ Agitatore
☐ Autoclave
☐ Bagnomaria
☐ Becco Bunsen
☐ Bilancia
☐ Bilancia analitica
☐ Cappa a flusso laminare

☐ Cappa chimica
☐ Centrifuga
☐ Fabbricatore di ghiaccio
☐ Forno essiccatoio
☐ Frigorifero
☐ Lavavetreria
☐ Microscopio

☐ pHmetro
☐ Phon
☐ Piastra riscaldante
☐ Pompa a vuoto
☐ Pompa peristaltica
☐ Sistema filtrante

Altro:

☐ Spettrofotometro
☐ Termostato
☐ Rotavapor
☐ Gas Cromatografo
☐ Cromatografo Liquido
☐ Sonificatore

Altro:

Dispositivi di protezione Individuali/Collettivi

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

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

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

☐ da agenti biologici
☐ da campi elettromagnetici
☐ da sorgenti laser

☐ da radiazioni ionizzanti
☐ da radiazioni infrarosse

Altro:

☐ da radiazioni ultraviolette
☐ da emissioni di ultrasuoni

Altro:

Sostanze o composti organici e inorganici utilizzati abitualmente

1. sostanza		(%)	n. CAS ⁽⁶⁾	Frequenza di esposizione	
				<input type="checkbox"/> tutti i giorni	<input type="checkbox"/> almeno 2gg. giorni a settimana
				<input type="checkbox"/> Mensile (indicare n. giorni)	<input type="checkbox"/> Occasionale (meno di 20 volte l'anno)
Durata di esposizione ⁽⁷⁾					
Stato ⁽⁸⁾				<input type="checkbox"/> < 15 minuti	<input type="checkbox"/> tra 15-30 minuti
				<input type="checkbox"/> tra 30-60 minuti	
				<input type="checkbox"/> tra 1 e 2 ore	<input type="checkbox"/> tra 2 e 4 ore
				<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 ore	<input type="checkbox"/> > 6 ore
Quantità giornaliera manipolata ⁽⁹⁾					
T (in °C) di utilizzo ⁽¹⁰⁾				<input type="checkbox"/> < 1 grammo o millilitro	<input type="checkbox"/> tra 1-10 grammi o millilitri
				<input type="checkbox"/> tra 10-50 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> tra 50-100 grammi o millilitri
				<input type="checkbox"/> tra 100 e 1000 grammi o millilitri	<input type="checkbox"/> > 1000 grammi o millilitri

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

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

⁽⁸⁾ S=Solido - SP=polvere - L=Liquido - V=Vapore (classato in equilibrio con fase liquida) - G=Gasoso

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

⁽¹⁰⁾ In caso di utilizzo a temperatura ambiente indicare TA



RISCHI BIOLOGICI

Responsabile del Laboratorio: _____ Dipartimento: _____
Edificio _____ Piano: _____ Stanza: _____ Attività di laboratorio Data inizio _____ Data Fine _____

Natura dell'attività

La sua attività prevede una "esposizione potenziale"? ⁽³⁸⁾	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
La sua attività prevede un "uso deliberato" di agenti biologici? ⁽³⁹⁾	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Ore/giorno <input type="checkbox"/> Giorni/Mese <input type="checkbox"/> Mesi/Anno
La sua attività prevede un uso di microorganismi geneticamente modificati?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Ore/giorno <input type="checkbox"/> Giorni/Mese <input type="checkbox"/> Mesi/Anno
La sua attività prevede il lavoro con animali?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Ore/giorno <input type="checkbox"/> Giorni/Mese <input type="checkbox"/> Mesi/Anno
Se SI indicare il tipo di animale	_____

Dove svolge la sua attività

<input type="checkbox"/> Asilo nido	<input type="checkbox"/> Sala settoria	<input type="checkbox"/> Laboratorio microbiologico
<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Laboratorio di didattica	<input type="checkbox"/> Stabulario
<input type="checkbox"/> Laboratorio di diagnostica	<input type="checkbox"/> Laboratorio di ricerca	Altro _____

Indicare i metodi analitici e le tecniche utilizzate

<input type="checkbox"/> Spettrofotometria	<input type="checkbox"/> Tecniche di infezione virale	<input type="checkbox"/> Trattamento di animali da laboratorio
<input type="checkbox"/> Cromatografia	<input type="checkbox"/> Tecniche cito-istologiche	<input type="checkbox"/> Allevamento di animali da osservazione
<input type="checkbox"/> Tecniche di chimica clinica	<input type="checkbox"/> Tecniche di biologia molecolare	<input type="checkbox"/> Attività fotografica e camera oscura
<input type="checkbox"/> Tecniche di coltura batterica	<input type="checkbox"/> Tecniche che prevedono l'uso di sostanze radioattive	<input type="checkbox"/> Attività amministrative e di coordinamento
<input type="checkbox"/> Tecniche di coltura cellulare	<input type="checkbox"/> Tecniche con microrganismi geneticamente modificati	Altro _____

Tipologia di laboratorio

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

Agenti biologici utilizzati e/o potenzialmente presenti nel materiale analizzato

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

³⁸⁾ (Si configura una esposizione potenziale ad agenti biologici quando l'esposizione non è intenzionale in attività come: servizi sanitari, servizi veterinari, laboratori diagnostici esclusi laboratori di microbiologia, ecc.)
³⁹⁾ (Si configura un uso deliberato quando gli agenti biologici sono intenzionalmente introdotti nel ciclo lavorativo per essere trattati, manipolati, trasformati o per sfruttare le proprietà biologiche)



Indicare le attrezzature utilizzate

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

Dispositivi di protezione Individuali/Collettivi

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

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

Indicare se sottoposti a metodi di profilassi attiva o passiva

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

Per l'attività lavorativa svolta è stato previsto lo smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti a norma di legge ☐ sì ☐ no

data

Firma del dipendente o dell'equiparato

Firma del Dirigente ⁽⁴⁰⁾

Firma del Datore di Lavoro della Struttura ⁽⁴¹⁾

⁴⁰ () Ai sensi del Decreto Rettonile N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (R.A.D., Responsabile di Laboratorio, Direttori Biblioteche e Musei, ecc.)

⁴¹ () Ai sensi del Decreto Rettonile N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (Direttore generale, Presidi, Direttori di Dipartimento, Direttore di Area, ecc)



RISCHI TRASVERSALI-ORGANIZZATIVI

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

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

FATTORI ERGONOMICI

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

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI E COLLETTIVI

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (DPI)

Utilizzi nella tua attività i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)?

☐ sì ☐ no

Dispositivi di protezione della testa

☐ elmetti di protezione

- ☐ occhiali a maschera
- ☐ occhiali di protezione contro i raggi X
- ☐ occhiali di protezione contro i raggi laser
- ☐ occhiali di protezione contro le radiazioni ultraviolette
- ☐ occhiali di protezione da radiazioni IR

Dispositivi di protezione dell'udito

☐ ottoprotettori quali tappi e cuffie antirumore per le orecchie

Dispositivi di protezione degli occhi e del viso

- ☐ occhiali di protezione contro le radiazioni infrarossi
- ☐ occhiali di protezione per agenti chimici
- ☐ occhiali di protezione per agenti biologici
- ☐ schermi facciali

Dispositivi di protezione delle vie respiratorie

☐ maschere antipolvere

☐ maschere antigas

☐ maschere con filtri

☐ maschere a carboni attivi

Dispositivi di protezione delle mani e delle braccia

☐ guanti

☐ guanti monouso in lattice

☐ guanti in cotone

☐ guanti in neoprene e PVC

☐ guanti per sostanze chimiche

☐ guanti termoisolanti

☐ guanti elettroisolanti

☐ fasce di protezione dei polsi

☐ manopole

☐ Guanti antitaglio

☐ Guanti monouso in nitrile



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Scheda di destinazione lavorativa per la ricognizione dei rischi occupazionali mirata alla predisposizione delle misure di sicurezza e dei protocolli di sorveglianza sanitaria

Dispositivi di protezione dei piedi e delle gambe

☐ calzature antinfortunistiche

☐ stivali

☐ ginocchiere

Altri dispositivi di protezione individuale

☐ camice resistente agli acidi

☐ cintura di sicurezza

☐ grembiule per radioprotezione

☐ giubbotti e giacche di sicurezza

☐ imbracature di sicurezza

☐ collare per radioprotezione

Altro:

Indumenti protettivi e attrezzature di sicurezza (non DPI)

☐ Camici

☐ Propipette

☐ Pipettatrici automatiche

☐ Pinze per oggetti surriscaldati

☐ Tute

☐ Dispenser

☐ Pinze per la raccolta di vetri rotti

Altro:

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE COLLETTIVI (DPC)

Utilizzi nella tua attività i Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC)

☐ sì

☐ no

<input type="checkbox"/> cappa chimica di Gruppo 1	$0,4 \leq v < 0,5$ m/s cappa idonea per sostanze a bassa nocività, ossia con $TLV > 100$ ppm ⁽⁴²⁻⁴³⁾
<input type="checkbox"/> cappa chimica di Gruppo 2	$0,5 \leq v < 0,7$ m/s cappa idonea per sostanze a media nocività, ossia con $1 \text{ ppm} \leq TLV \leq 100$ ppm
<input type="checkbox"/> cappa chimica di Gruppo 3	$0,7 \leq v < 0,85$ m/s cappa idonea per sostanze ad elevata nocività, ossia con $TLV < 1$ ppm
<input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe I	apertura frontale, il contenimento è dato dall'aria esterna richiamata dall'apertura frontale, filtro HEPA sull'aria in uscita basso rischio; microrganismi di gruppo 1-2
<input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe II	apertura frontale che permette l'ingresso dell'aria, flusso laminare verticale nell'area di lavoro filtro HEPA sull'aria in ingresso ed in uscita se oltre al campione biologico sono presenti sostanze mutagene, cancerogene, radioattive l'aria espulsa deve essere convogliata all'esterno medio rischio microrganismi di gruppo 2-3
<input type="checkbox"/> cappa di sicurezza biologica di classe III	chiusura ermetica, funzionano in pressione negativa, accesso consentito da guanti; filtro HEPA sull'aria in ingresso, doppio filtro HEPA sull'aria in uscita alto rischio; microrganismi di gruppo 4
<input type="checkbox"/> "glove box"	

data 31/10/2023

Firma del dipendente o dell'equiparato

Firma del Dirigente ⁽⁴⁴⁾

Timbro del Dirigente ⁽⁴⁵⁾

Firma del Datore di Lavoro della Struttura ⁽⁴⁶⁾

Timbro del Datore di Lavoro della Struttura ⁽⁴⁷⁾

La Scheda di Destinazione Lavorativa (SDL), compilata e firmata dal Lavoratore e dal Datore di Lavoro e dal Dirigente dovrà essere inviata all'indirizzo sdl@uniroma1.it (recapito utilizzabile esclusivamente al fine di inviare la SDL) per essere così trasmessa agli Uffici della Sicurezza (Ufficio Speciale di Prevenzione e Protezione, Centro di Medicina Occupazionale, Laboratorio Chimico per la Sicurezza e Esperto di Radioprotezione)

⁴² v = velocità di aspirazione frontale della cappa chimica misurata posizionando il pannello frontale ad altezza di 40 cm rispetto al piano di lavoro

⁴³ TLV-TWA = Valore limite di soglia - media ponderata nel tempo. Concentrazione media ponderata nel tempo (8 ore) alla quale si ritiene che gli operatori possano essere esposti senza effetti negativi.

⁴⁴ Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (R.A.D., Responsabile di Laboratorio, Direttori Biblioteche e Musei, ecc.)

⁴⁵ Nel caso non in possesso del timbro scrivere cognome e nome in stampatello

⁴⁶ Ai sensi del Decreto Rettoriale N° 1457/15 del 19 Maggio 2015 (Direttore generale, Presidi, Direttore di Dipartimento, Direttore di Area, ecc.)

⁴⁷ Nel caso non in possesso del timbro scrivere cognome e nome in stampatello

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE N. 679 DEL 27/04/2016

PREMESSO CHE:

- la presente Scheda è stata predisposta per la raccolta di dati da utilizzare per ottemperare alle disposizioni di legge in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e, in particolare, ai fini della predisposizione delle misure di sicurezza e dei protocolli di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.;
- il conferimento dei dati richiesti, riguardanti l'attività lavorativa, rappresenta per il lavoratore un preciso obbligo sancito dall'art. 20 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

SI INFORMA CHE

- Il titolare del trattamento dei dati è l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" nella persona del legale rappresentante pro tempore domiciliato per la carica in Piazzale Aldo Moro n. 5, cap. 00185 - Roma (rettricesapienza@uniroma1.it, protocollosapienza@cert.uniroma1.it);
- i dati di contatto del responsabile della protezione dei dati nominato sono: responsabileprotezionedati@uniroma1.it; PEC: rpdc@cert.uniroma1.it
- il Dirigente/Rappresentante di struttura è individuato nel Datore di Lavoro ai fini della sicurezza così come individuato nel Regolamento per il sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza";
- i dati saranno trasmessi e trattati dagli Uffici della Sicurezza (U.S.P.P., C.M.O., LCS e E.Q.). Saranno utilizzati esclusivamente ai fini della valutazione dei rischi e della sorveglianza sanitaria;
- i dati in forma anonima e/o aggregata saranno trattati anche ai fini delle comunicazioni periodiche previste per legge (Relazione sui dati Anonimi Collettivi -RAC- art 25 comma 1 lettera i del D.Lgs 81/08) e per studi epidemiologici utili alla validazione dei protocolli di sorveglianza sanitaria descritti nella RAC;
- i dati trattati dal Medico Competente sono raccolti, registrati, organizzati, consultati, selezionati e comunicati da e sotto la responsabilità di professionisti legati al segreto professionale, art. 622 del C.P., come da art. 9 comma 3 del GDPR attraverso mezzi informatici e cartacei;
- i dati personali strettamente necessari per perseguire la finalità descritta sono dati anagrafici e di contatto (nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale indirizzo, indirizzo email, numero telefonico) dati anagrafici-lavorativi (sede e attività lavorativa) e dati relativi all'esposizione professionali;
- il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili è indispensabile per lo svolgimento delle attività di valutazione del rischio e di sorveglianza sanitaria. La S.V. può rifiutarsi di fornire alcuni o tutti i dati che saranno richiesti ma l'eventuale rifiuto al trattamento dei dati potrebbe determinare l'impossibilità di portare a termine la ricognizione del rischio e gli accertamenti sanitari e quindi di emettere il giudizio medico conclusivo richiesto. In tal caso, trattandosi di accertamento sanitario connesso con lo stato lavorativo del dipendente, le eventuali conseguenze saranno valutate nelle competenti sedi amministrative dalle quali la S.V. dipende;
- i dati verranno conservati per tutto il tempo necessario per l'erogazione dei nostri servizi e per quanto consentito dalla normativa vigente in materia di sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/08, D.Lgs 230/95, D.Lgs. 151/01, D.M. 388/2003).
- la S.V. potrà chiedere al titolare del trattamento dei dati, ricorrendone le condizioni, l'accesso ai dati personali ai sensi dell'art. 15 del Regolamento, la rettifica degli stessi ai sensi dell'art. 16 del Regolamento, la cancellazione degli stessi ai sensi dell'art. 17 del Regolamento (ove quest'ultima non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare, in caso di contenzioso giudiziario, l'Università ed i professionisti sanitari che li hanno trattati) o la limitazione del trattamento ai sensi dell'art. 18 del Regolamento, ovvero potrà opporsi al loro trattamento ai sensi dell'art. 21 del Regolamento, oltre a poter esercitare il diritto alla portabilità dei dati ai sensi dell'art. 20 del Regolamento, in caso di violazione delle disposizioni del Regolamento, l'interessato potrà proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali;
- la compilazione della SDL riguarda il personale docente, ricercatore, tecnico e amministrativo dipendente dell'università, lavoratore anche non organicamente strutturato e lavoratore degli enti convenzionati, sia pubblici che privati, che svolge l'attività presso le strutture dell'università, salva diversa determinazione convenzionalmente concordata, nonché gli studenti dei corsi universitari, i dottorandi, gli specializzandi, i tirocinanti, i borsisti ed i soggetti ad essi equiparati, quando frequentino laboratori didattici, di ricerca o di servizio e, in ragione dell'attività specificamente svolta, siano esposti a rischi individuati nel documento di valutazione.
- i dati non saranno comunicati a terzi. L'eventuale comunicazioni dei dati contenuti nella SDL potrà avvenire esclusivamente nei confronti degli aventi titolo (ad esempio Organi di Vigilanza) nel rispetto della normativa vigente; i dati non vengono comunicati all'estero salvo casi specifici che possono richiedere tali invio previo assenso dell'interessato.

Il sottoscritto Emanuele Rosi

DICHIARA

- di aver letto attentamente e compreso quanto di sopra riportato ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679 del 27/04/2016 e di essere, quindi, informato su:
 - le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di valutazione del rischio e di sorveglianza sanitaria svolte rispettivamente dal Datore di Lavoro e dal Medico Competente a tutela della salute;
 - il tempo di conservazione dei dati così come previsto dalla normativa;
 - i soggetti e le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza;
 - i diritti dell'interessato;
 - il nome del Datore di Lavoro responsabile del trattamento;
 - la necessità di fornire i dati richiesti per ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate e garantire quanto previsto dalla normativa in tema di misure di sicurezza e sorveglianza sanitaria;
- di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dalla Sapienza Università di Roma per assolvere attività istituzionali che non potrebbero essere adempiute mediante il trattamento di dati anonimi e di dati personali di diversa natura
- di essere a conoscenza del disposto di cui all'art. 71 (controllo di veridicità da parte dell'amministrazione), all'art. 75 (decadenza dai benefici per dichiarazione non veritiera) e all'art. 76 (sanzioni penali per dichiarazione mendace) del DPR 445/2000;

ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali e sensibili secondo le finalità e modalità esposte nell'informativa da parte del personale autorizzato di Sapienza (Datore di Lavoro e suoi delegati, personale del Centro di Medicina Occupazionale, dell'Ufficio Speciale di Prevenzione e Protezione, del Laboratorio Chimico per la Sicurezza e dell'Esperto Qualificato).

Data 31/10/2023

Firma _____

Emanuele Rosi