



SCHEDA POSTO DI LAVORO (D.Lgs. 81/2008)

Cognome e Nome (stampatello)
nat. a il

Dipendente INGV <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
Qualifica	Specificare (borsista, tesista, laureando, ...):
Matricola n.
Data di assunzione
Unità Funzionale:	Eventuale tutor:

Descrizioni delle mansioni prevalenti.....
.....
.....
.....

<i>Quadro 1</i>	USO DI ATTREZZATURE MUNITE DI VDT	N.A. <input type="checkbox"/>
Uso di attrezzature munite di videoterminale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ore medie settimanali.....		

<i>Quadro 2</i>	USO DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE	N.A. <input type="checkbox"/>
Vengono utilizzati dispositivi di protezione individuale contro i rischi	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Specificare quali.....		
.....		

<i>Quadro 3</i>	USO DI ATTREZZATURE DI LAVORO	N.A. <input type="checkbox"/>
Uso di macchine, apparecchi, utensili o impianti	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Specificare il tipo di attrezzatura e ubicazione.....		
.....		
.....		
.....		
Per ogni apparecchiatura utilizzata, esistono le relative istruzioni d'uso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Le stesse sono ubicate in luogo accessibile e noto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Esistono attrezzature che, per il loro impiego, richiedono competenze particolari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indicare quali e la loro ubicazione.....		
.....		
.....		
Le attrezzature necessitano di manutenzione periodica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indicare la persona o la ditta incaricata.....		
.....		

Quadro 7		ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI					N.A. <input type="checkbox"/>	
Sostanza	N. CAS	CLASSE		Q.M.	F.M.*	Scheda sicurezza (SI/NO)	Eventuali note	
		R45	R49					

(eventualmente aggiungere elenco in allegato)

Q.M. = Quantità utilizzata per manipolazione F.M. = Frequenza di manipolazione
 (*) g = giornaliera, s = settimanale, m = mensile, a = altro (specificare)

Modalità operative (breve descrizione):.....

Quadro 8		ESPOSIZIONE AD AGENTI BIOLOGICI					N.A. <input type="checkbox"/>		
Agente	Classe di rischio			Esposizione		Q.M.	F.M.*	Scheda sicurezza (SI/NO)	Eventuali note
	2	3	4	Dir ¹	Ind ²				

(¹) Si intende per esposizione diretta quella dovuto ad impiego deliberato e diretto dell'agente biologico (es. manipolazione HIV)
 (²) Si intende per esposizione indiretta quella determinata da potenziale presenza dell'agente biologico nel materiale manipolato (es. manipolazione di liquidi biologici)

Modalità operative (breve descrizione):.....

Quadro 9		LAVORI IN PARTICOLARI CONDIZIONI AMBIENTALI				N.A. <input type="checkbox"/>	
		SI	NO			SI	NO
lavori all'aperto ³		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	celle fredde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavori sotterranei		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ambiente surriscaldato		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavori in altezza ⁴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	camere bianche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavori in altitudine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lavori in oscurità		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavori subacquei		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Altro (specificare):							

(³) Si intende per "lavori all'aperto" quelle campagne di misura o comunque attività che obblighino il personale a stazionare all'aperto in modo continuo per periodi significativi del tempo/lavoro
 (⁴) Si intende per "lavori in altezza" le attività che comportino manovre in posizioni elevate, a più di 2 m dal piano campagna

Quadro 10		PRODUZIONE DI RIFIUTI SPECIALI E/O PERICOLOSI		N.A. <input type="checkbox"/>	
Vengono prodotti rifiuti da attività lavorativa, non assimilabili a RSU (rifiuti solidi urbani)		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Specificare quali.....					
.....					

<i>Quadro 11</i>	INFORMAZIONE, FORMAZIONE, ADESTRAMENTO	N.A. <input type="checkbox"/>																				
<p>• E' informato sugli eventuali rischi connessi allo svolgimento della propria attività lavorativa e sui rischi derivanti dall'impiego delle attrezzature di lavoro, nonché sulle misure di prevenzione e protezione da osservare Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>																						
<p>• Ha seguito corsi di: Si No Rif. e data</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%;">◇ aggiornamento o formazione professionale</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 35%;">.....</td> </tr> <tr> <td>◇ pronto soccorso</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>◇ emergenza e antincendio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>◇ prevenzione e sicurezza</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>◇</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> </table>			◇ aggiornamento o formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◇ pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◇ emergenza e antincendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◇ prevenzione e sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◇ aggiornamento o formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
◇ pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
◇ emergenza e antincendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
◇ prevenzione e sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
◇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<p>• Sono adottate procedure scritte per lo svolgimento in sicurezza delle attività lavorative Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>																						
<p>• Esiste segnaletica di sicurezza ed emergenza nell'ambiente di lavoro Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>																						
<p>• E' stato sottoposto a visite mediche ai fini della sorveglianza sanitaria Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Specificare.(data e Medico Competente)</p>																						
<p>Esito visita: idoneo <input type="checkbox"/>; parzialmente idoneo <input type="checkbox"/>; non idoneo <input type="checkbox"/>; altro <input type="checkbox"/></p>																						
<p>• Lavoratore con tutela particolare* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Specificare:</p>																						
<p><small>* lavoratori disabili, privi di esperienza e formazione, affetti da patologie lavoratrici in stato di gravidanza, immigrati, ecc</small></p>																						

<i>Quadro 12</i>	ATMOSFERE ESPLOSIVE	N.A. <input type="checkbox"/>
<p>Viene svolta attività lavorativa in presenza di miscele d'aria con sostanze infiammabili, allo stato di vapori, nebbie o polveri? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>Specificare:</p> <p>.....</p>		

Allegato: Scheda di “Valutazione complessiva da stress lavoro correlato” – Distribuzione fonti di rischio presso i lavoratori – (DA RESTITUIRE COMPILATA IN FORMA ANONIMA)

Data.....

Il Lavoratore

Il Responsabile Unità Funzionale

.....

.....

Il Direttore

.....