



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI PERUGIA

Ai **Direttori dei Dipartimenti**

Ai **Segretari Amministrativi dei Dipartimenti**

Ai **Direttori dei Centri con autonomia gestionale**

Ai **Segretari Amministrativi dei Centri con autonomia gestionale**

Loro sede

Oggetto: **Sorveglianza sanitaria obbligatoria, ex D.Lgs. 81/2008. Lavoratori equiparati.**

Facendo seguito alla nota, prot. n. 4178 del 18.01.2019 con la presente si inoltra la scheda dati e informazioni occupazionali (per le attività svolte in laboratorio o alternativamente per le attività assimilabili a quelle di ufficio), rielaborata con un "quadro aggiuntivo" per l'inserimento di ulteriori dati personali, utili ad una gestione amministrativa informatizzata, del servizio di sorveglianza sanitaria.

Tanto premesso, fermo restando quanto già comunicato con la nota sopra richiamata, si chiede alle SS.LL. in indirizzo di utilizzare la scheda dati e informazioni occupazionali, allegata alla presente, per le future comunicazioni di cui all'oggetto.

Si chiede, altresì, cortesemente con riferimento alle schede già inviate di compilare il solo "quadro aggiuntivo" predetto con l'indicazione degli ulteriori dati personali richiesti, e di inviare lo stesso a mezzo e-mail al Servizio di Prevenzione e Protezione all'indirizzo: servizio.prevenzioneeprotezione@unipg.it.

Cordiali Saluti

Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione  
**Dott. Paolo Mugnaioli**

Allegati:

1. Scheda dati e informazioni per attività di laboratorio, rev. 01.
2. Scheda dati e informazioni per attività amministrative di ufficio o assimilabili, rev. 01.

Scheda per l'acquisizione delle informazioni relative ai dati occupazionali dei lavoratori di cui al  
D.Lgs 81/2008, art. 41, comma 5 – Allegato 3A - sezione 1

**Scheda per attività lavorativa svolta prevalentemente in laboratorio**

Cognome	
Nome	
Cod. Fisc.	
Genere	
Titolo di Studio	
Data Nascita	
Email Ateneo	
Email Privata	
Tel.	
Cell	
Indirizzo Residenza	Via....., n. ...., Cap....., Comune .....
Dt Inizio Contratto	
Dt Fine Contratto	
Ruolo	

Struttura	
Resp. di Struttura	

Descrizione dell'attività svolta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

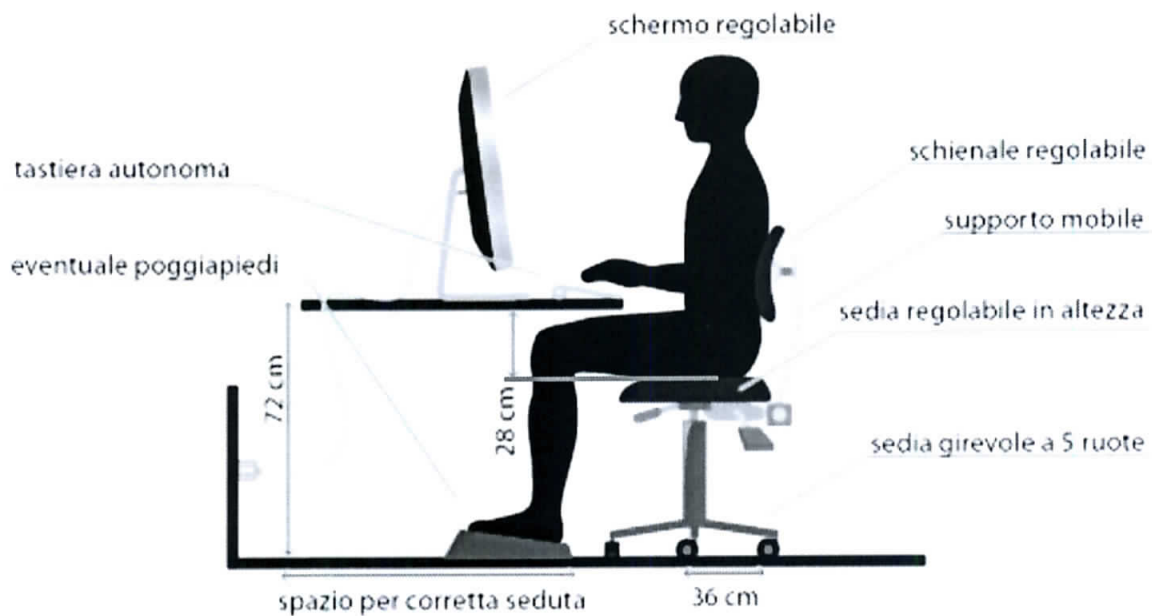
.....

.....

.....

**Uso di VIDEOTERMINALI** si  no

Se si indicare se la postazione VDT è conforme ai dispositivi dell'Allegato XXXIV del D.Lgs. 81/08



Schermo	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Se no perché:
---------	---	---------------

Sedile	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Se no perché:
Tastiera	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Se no perché:
Tavolo	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Se no perché:

Tempo di lavoro al vdt tra 60 e 240 minuti al giorno

Tempo di lavoro al vdt > di 240 minuti

n. giorni settimanali  Età > 50 anni si  no

**MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI:** si  no

Peso dei carichi \_\_\_\_\_

numero di carichi sollevati/trasportati al giorno \_\_\_\_\_

altezza del carico da terra espresso in cm \_\_\_\_\_

distanza di trasporto del carico espressa in m \_\_\_\_\_

giudizio sulla presa del carico buono  scarso

**RUMORE**

Indicare le **attrezzature** che producono rumore ed i relativi **tempi di esposizione**.

Specificare, inoltre, se e quali attrezzature producono infrasuoni e/o ultrasuoni


**VIBRAZIONI**

Indicare le **attrezzature** che producono vibrazioni ed i relativi **tempi di esposizione**


**MACCHINE E ATTREZZATURE**

Elencare le macchine presenti

<i>Macchina/ Attrezzatura</i>	<i>Fattori di rischio legati all'uso della macchina/attrezzatura (radiazioni non ionizzanti, contatto elettrico, ...)</i>	<i>Conforme</i>	<i>Note (macchina nuova o marchiata CE , da rottamare, recentemente aggiornata ecc.)</i>
		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

### **RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI PRESENTI**

**Ultravioletti** emessi da \_\_\_\_\_ per un tempo di \_\_\_\_\_

Dispositivo di protezione \_\_\_\_\_

**Visibile** emessi da \_\_\_\_\_ per un tempo di \_\_\_\_\_

Dispositivo di protezione \_\_\_\_\_

**Infrarosso** emessi da \_\_\_\_\_ per un tempo di \_\_\_\_\_

Dispositivo di protezione \_\_\_\_\_

**L.A.S.E.R.** emessi da \_\_\_\_\_ per un tempo di \_\_\_\_\_

Dispositivo di protezione \_\_\_\_\_

L'attività lavorativa comporta l'impiego deliberato di **AGENTI CHIMICI**?

SI     NO

**Se SI riempire la tabella allegata (allegato 1)** con i dati utili per la VALUTAZIONE PRELIMINARE DEL RISCHIO CHIMICO con riferimento alle sostanze chimiche eventualmente utilizzate nell'ambito dell'attività lavorativa e **dichiarare se nell'ambiente di lavoro esiste:**

- un sistema di aspirazione puntuale
- cappe di aspirazione di tipo chimico
- un sistema di aspirazione centralizzato

<b>Nome agente chimico</b>	<b>Concentrazione di impiego</b>	<b>Modalità di impiego (manuale sul bancone/sotto cappa ...)</b>	<b>Tempo di esposizione e frequenza riferita all'unità di tempo (giorno/mese/anno)</b>	<b>Quantità utilizzata per ogni impiego</b>

L'attività comporta l'impiego deliberato di agenti **BIOLOGICI**?

SI     NO

**Se SI la seguente tabella e dichiarare se nell'ambiente di lavoro esiste una:**

cappa di aspirazione di tipo biologico

L'attività comporta l'esposizione potenziale agli agenti **BIOLOGICI**?

SI     NO

Individuazione dell'agente biologico e classificazione:	
Se di gruppo 2 o 3, è stata effettuata la comunicazione all'organo di vigilanza territorialmente competente? (indicare i riferimenti):	
Sono impiegati m.o.g.m.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Indicare potenziali effetti allergici e/o tossici provocati dall'agente:	
Descrivere se c'è sinergismo tra i diversi gruppi di agenti biologici utilizzati:	
Descrivere metodi e procedure lavorative adottate, misure preventive e protettive adottate:	
È stato previsto il programma di emergenza per la protezione dei lavoratori dall'esposizione ad agenti di gruppo 3 e 4, nel caso di difetto nel contenimento fisico:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono state elaborate procedure idonee per prelevare, manipolare e trattare i campioni di origine umana ed animale:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono predisposti i mezzi necessari per la raccolta, l'immagazzinamento e lo smaltimento dei rifiuti in condizione di sicurezza, mediante l'impiego di contenitori adeguati e identificabili eventualmente dopo idoneo trattamento dei rifiuti stessi:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
I servizi sanitari sono provvisti di docce con acqua calda e fredda, lavaggi oculari e antisettici per la pelle:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (indicare ciò che manca)
Sono disponibili indumenti protettivi o idonei da riporre separatamente dagli abiti civili:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Viene eseguito controllo, pulizia, disinfezione, pulizia, manutenzione, riparazione, sostituzione dei DPI	
Sono affissi i cartelli di divieto di assunzione di cibi, bevande, divieto di fumo, di conservazione dei cibi destinati al consumo umano, d'uso delle pipette a bocca e di applicazione dei cosmetici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

È in regola con la vaccinazione antitetanica? (obbligatoria ai sensi della Legge 5 marzo 1963, n. 292 per le seguenti categorie di lavoratori più esposti ai rischi dell'infezione tetanica: lavoratori agricoli, pastori, allevatori di bestiame, stallieri, fantini, conciatori, sorveglianti e addetti ai lavori di sistemazione e preparazione delle piste negli ippodromi, spazzini, cantonieri, stradini, sterratori, minatori, fornaciai, operai e manovali addetti all'edilizia, operai e manovali delle ferrovie, asfaltisti, straccivendoli, operai addetti alla manipolazione delle immondizie, operai addetti alla fabbricazione della carta e dei cartoni, lavoratori del legno, metallurgici e metalmeccanici)  SI     NO

L'attività comporta l'impiego di attrezzature che provocano l'esposizione a **RADIAZIONI NON IONIZZANTI**? - (campi elettrici e magnetici statici e a frequenze estremamente basse, campi elettromagnetici a radiofrequenza e microonde, radiazione infrarossa, visibile e ultravioletta)

Scheda per l'acquisizione delle informazioni relative ai dati occupazionali dei lavoratori di cui al D.Lgs 81/2008, art. 41, comma 5 – Allegato 3A - sezione 1

SI     NO

**Se SI compilare la tabella sottostante:**

<i>Macchina o apparecchiatura</i>	<i>locale</i>	<i>Note</i>

L'attività comporta l'impiego attrezzature che provocano l'esposizione a **RADIAZIONI IONIZZANTI** o l'utilizzo di **ISOTOPI RADIOATTIVI**?     SI     NO

**Se SI compilare la tabella sottostante:**

<i>Macchina o apparecchiatura/isotopo radioattivo</i>	<i>locale</i>	<i>Note</i>

**LAVORI IN ALTEZZA:** descrizione \_\_\_\_\_

**ALTRO:** es. microclima/macroclima, postura fissa protratta, postura incongrua, movimenti ripetitivi arti superiori, polveri

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In relazione all'attività svolta sono stati consegnati i seguenti **DPI**:

- Occhiali:
  - a stanghetta con ripari laterali
  - a mascherina con valvole
  - per protezione chimica
  - per protezione alle alte/basse temperature
  - per raggi UV
  - per raggi laser
  - per raggi X

Scheda per l'acquisizione delle informazioni relative ai dati occupazionali dei lavoratori di cui al D.Lgs 81/2008, art. 41, comma 5 – Allegato 3A - sezione 1

- Visiera, maschera facciale per la protezione da schizzi e aerosol
- Maschere protettive:
  - mascherine igieniche per polveri innocue di diametro  $\geq 5$  micron (non sono considerati Dispositivi di protezione individuale)
  - FFP1 per la protezione da polveri nocive, aerosol a base acquosa di materiale particellare ( $\geq 0,02$  micron) quando la concentrazione di contaminante è al massimo 4, 5 volte il corrispondente TLV (valore limite di soglia)
  - FFP1 per la protezione da vapori organici e vapori acidi per concentrazione di contaminante inferiore al rispettivo TLV
  - FFP2 per la protezione da polveri a media tossicità, fibre e aerosol a base acquosa di materiale particellare ( $\geq 0,02$  micron), fumi metallici per concentrazioni di contaminante fino a 10 volte il valore limite (buona efficienza di filtrazione)
  - FFP3 per la protezione da polveri tossiche, fumi aerosol a base acquosa di materiale particellare tossico con granulometria  $\geq 0,02$  micron per concentrazioni di contaminante fino a 50 volte il TLV (ottima efficienza di filtrazione)
  - maschere con filtri antigas di classe 1, 2, 3, rispettivamente con piccola, media e grande capacità di assorbimento e con colorazioni distinte dei filtri:

Guanti

- monouso di materiale compatibile con le sostanze manipolate e di materiale anallergico
- guanti in cotone (sottoganti)
- per alte temperature
- per azoto liquido
- Grembiule per azoto liquido e visiera per criogeni
  - Copriscarpe
  - Calzature da lavoro a norma
- Dispositivi per la protezione dell'udito (inserti auricolari/cuffie/caschi): .....

Sono state definite le procedure di utilizzo dei DPI (come e quando?)

si  in data:..... no

Note: .....

Sono state fatte firmare le schede di consegna dei DPI con l'informazione per il loro corretto utilizzo?

si  in data:..... no

Data.....

Firma del lavoratore.....

Firma del Responsabile.....



Scheda per l'acquisizione delle informazioni relative ai dati occupazionali dei lavoratori di cui al  
D.Lgs 81/2008, art. 41, comma 5 – Allegato 3A - sezione 1

**Scheda per attività lavorativa svolta prevalentemente in studio/ufficio**

Cognome	
Nome	
Cod. Fisc.	
Genere	
Titolo di Studio	
Data Nascita	
Email Ateneo	
Email Privata	
Tel.	
Cell	
Indirizzo Residenza	Via....., n. ...., Cap....., Comune .....
Dt Inizio Contratto	
Dt Fine Contratto	
Ruolo	

Struttura	
Resp. di Struttura	

Descrizione dell'attività svolta:

.....

.....

.....

**Uso di VIDEOTERMINALI** si  no

Se si indicare se la postazione VDT è conforme ai dispositivi dell'Allegato XXXIV del D.Lgs. 81/08

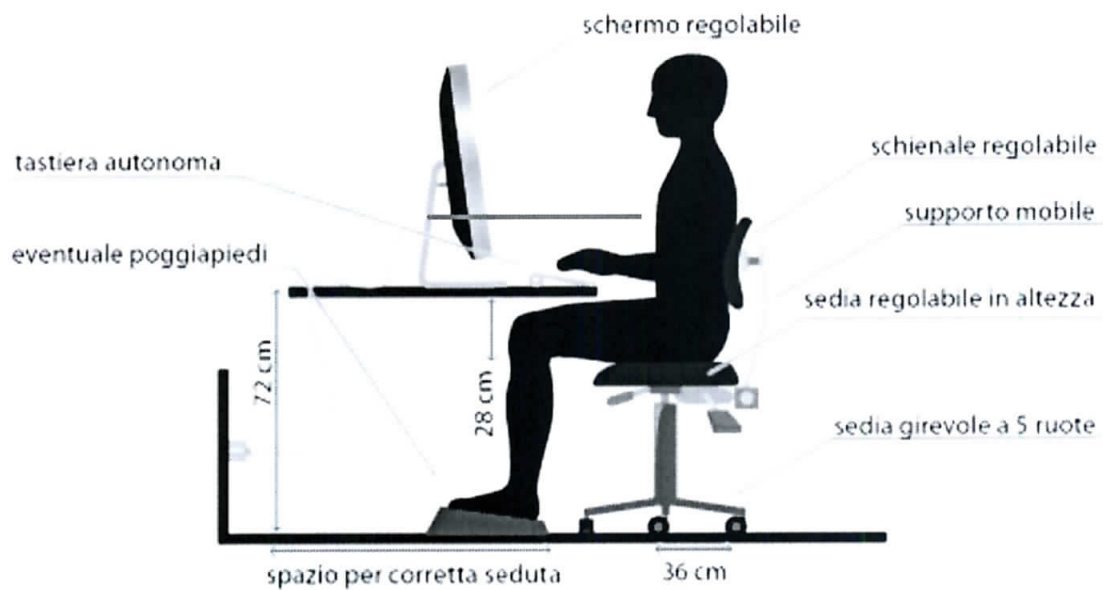
Tempo di lavoro al vdt tra 60 e 240 minuti al giorno

Tempo di lavoro al vdt > di 240 minuti

n. giorni settimanali

Età > 50 anni

si  no



Schermo	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Se no perché:
Sedile	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Se no perché:

Scheda per l'acquisizione delle informazioni relative ai dati occupazionali dei lavoratori di cui al  
D.Lgs 81/2008, art. 41, comma 5 – Allegato 3A - sezione 1

Tastiera	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Se no perché:
Tavolo	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Se no perché:

**ALTRO:** es. lavoro in altezza (attività lavorativa che espone il lavoratore al rischio di caduta da una quota posta ad altezza superiore a 2 m rispetto a un piano stabile)  
microclima/macroclicima, postura fissa protratta (indicare se seduta o in piedi), postura incongrua (per necessità lavorativa e non per cattiva abitudine), movimenti ripetitivi arti superiori (indicando il n. dei gesti al minuto), polveri (natura delle polveri)

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....

Firma del lavoratore.....

Firma del Responsabile.....