



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Via S. Epifanio, 12 - 27100 Pavia, Italy – tel: 0382-98.4827-8-9 fax 0382-21020 – safety@unipv.it

SCHEMA DEI RISCHI LAVORATIVI INDIVIDUALI

(D.Lgs 81/2008)

AVVERTENZE: Le informazioni richieste sono riferite all'attività svolta dall'interessato. Scrivere in stampatello, sbarrando il quadrato che interessa. Il Servizio Prevenzione e Protezione ed il Medico Competente sono a disposizione per i chiarimenti necessari.

DATI PERSONALI (a cura dell'interessato)

cognome nome

nato a prov./stato il

domiciliato a prov.

in via

telefono abitazione/..... telefono ufficio/.....

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

titolo di studio..... sesso M F

L'interessato svolge attualmente attività all'esterno di questa Università per conto della stessa, comportanti particolari rischi? (per es: INFN, CNR, ospedali, altre strutture pubbliche e private)?

No Sì (in caso affermativo compilare il quadro seguente)

Ente/Azienda esterna	Attività e rischio principale	dall'anno
.....

Attività lavorative comportanti particolari rischi *anteriori* alla data di compilazione della presente scheda: No Sì, completare

Già indicate in precedenti schede di rischio lavorativo

Le precedenti attività lavorative non ancora segnalate sono:

dal al (anno d'età) rischio presunto

registro esposti cancerogeni No Sì, indicare n° cas agente

POSIZIONE NEI CONFRONTI DELL'UNIVERSITÀ (a cura dell'interessato)

Data Assunzione/Inizio rapporto: anno d'età:

Attualmente presso Dipartimento/Centro/Area

A	Dipendente universitario: <input type="checkbox"/> Docente/Ricercatore <input type="checkbox"/> Amministrativo <input type="checkbox"/> Area Biblioteche
	<input type="checkbox"/> Tecnico, tecn-scientif. ed elaboratore dati <input type="checkbox"/> Socio-sanitario <input type="checkbox"/> Servizi generali e tecnici
B	Tipo di rapporto: <input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale (part-time)
	<input type="checkbox"/> a tempo determinato <input type="checkbox"/> a contratto, durata: <input type="checkbox"/> a progetto, durata:
C	<input type="checkbox"/> Dottorando <input type="checkbox"/> Specializzando <input type="checkbox"/> Borsista <input type="checkbox"/> Assegnista
	<input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Tirocinante <input type="checkbox"/> Volontario servizio civile
L'attività associata alla qualifica selezionata si svolge dal al	
C	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Freq. volontario <input type="checkbox"/> Dipendente da terzi:

INFORMATIVA SULLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI, D.Lgs 196/2003

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dall'Università di Pavia per ottemperare a disposizioni di legge in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro, secondo modalità e logiche previste dalla normativa vigente.

.....
Firma dell'interessato

LABORATORI E/O CENTRI DELL'UNIVERSITÀ DI PAVIA OVE L'INTERESSATO OPERA

Dipartimento/Centro/Struttura universitaria	Denominazione e Responsabile del Laboratorio

Descrizione della attuale attività lavorativa:

.....

.....

Attività lavorativa sopra descritta svolta: dal anno d'età.

Principale luogo di lavoro: aule ufficio ambulatorio biblioteca museo

Laboratori: chimici biologici fisici/ingegneristici officine/falegnamerie stabulari

servizi generali cantiere campagne di scavo osservazione/monitoraggi in ambiente

Orario di lavoro: giornaliero 1:3gg/settimana 1:3gg/mese orario notturno

Sistemi di aspirazione nei laboratori frequentati:

Assenti Presenti: al banco/cappa nei locali cabina biologica (CBS)

Mezzi/dispositivi di protezione individuale:

camici/tute elmetto guanti

occhiali/visiera sovrascarpe scarpe/stivali di sicurezza tappi/cuffie

maschere antipolvere maschere per gas/vapore altro.....

RISCHI PROFESSIONALI

Uso sistematico ed abituale di videoterminali

No Sì, specificare il n.ro medio ore/settimanali: < 10 10÷20 ≥ 20

Radiazioni ionizzanti

No Sì, classificazione radioprotezione: Cat. A Cat. B Non esposto

Sì, non ancora classificato (D.Lgs 230/95 e s.m.i.)

Barrare il quadratino che interessa, utilizzando il seguente criterio: A = abituale (frequente); O = occasionale (saltuario, qualche volta al mese); R = raro (sporadico, qualche volta all'anno) - Indicare le sostanze più frequentemente usate o quelle particolarmente pericolose ed i quantitativi utilizzati - L'elenco degli agenti biologici, cancerogeni e mutageni è disponibile sul sito internet <http://www-3.unipv.it/safety>. Potranno essere aggiunte documentazioni integrative, purché numerate e controfirmate dall'interessato.

Uso di agenti biologici

No Sì Se sì, completare specificando la sorgente di rischio

1	A	O	R	Animali sani	specie:
2	A	O	R	Animali malati	specie/malattia:
3	A	O	R	Agenti biologici classificati gruppo 2
4	A	O	R	Agenti biologici classificati gruppo 3
5	A	O	R	Agenti biologici classificati gruppo 4
6	A	O	R	Colture cellulari:
7	A	O	R	Materiale/Liquidi biologici:	<input type="checkbox"/> umani <input type="checkbox"/> animali
8	A	O	R	Matrici ambientali/alimentari
9	A	O	R	Microorganismi Geneticamente Modificati (D.Lgs 206/01):	impiego <input type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> Classe 3 <input type="checkbox"/> Classe 4

Usa agenti chimici No Sì, completare facendo riferimento alla “**SCHEDA INFORMATIVA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CHIMICO – Fascicolo di laboratorio**”

IDENTIFICAZIONE DEL LABORATORIO 1

Codice di identificazione delle Attività

Edificio – Piano - Stanza

A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	A.6	A.7	A.8	A.9	A.10

Modalità operative
C
D
F

IDENTIFICAZIONE DEL LABORATORIO 2

Codice di identificazione delle Attività

Edificio – Piano - Stanza

A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	A.6	A.7	A.8	A.9	A.10

Modalità operative
C
D
F

Legenda: (fare riferimento a quanto riportato sulla legenda legata al fascicolo di laboratorio)

- C** (inserire valore numerico da 1 a 5) **Grado di confinamento dell'attività**
- D** (inserire valore numerico da 1 a 5) **Durata dell'attività (per singola manipolazione)**
- F** (inserire valore numerico da 1 a 5) **Frequenza dell'attività**

Usa agenti cancerogeni e/o mutageni, etichettati R45, R46 e R49

No Sì, completare la tabella in ogni sua parte ed allegare le relative “**Schede di valutazione dell'attività con utilizzo di agenti cancerogeni e mutageni**”

				SOSTANZA	NUMERO CAS	QUANTITA' / ANNO l / ml / g
1	A	O	R			
2	A	O	R			
3	A	O	R			
4	A	O	R			

N.B.: preparati contenenti una o più sostanze in concentrazione $\geq 0.1\%$ sono da considerarsi cancerogeni e/o mutageni.

Altre fonti di rischio derivanti dall'uso di particolari attrezzature/agenti

No Sì, **completare specificando la sorgente di rischio**

1	A	O	R	Polveri: <input type="checkbox"/> materiale da costruzione <input type="checkbox"/> legno (falegnameria) <input type="checkbox"/> lettiera (stabulario) <input type="checkbox"/> metallurgiche (officina meccanica)
2	A	O	R	Saldatura <input type="checkbox"/> a stagno <input type="checkbox"/> con elettrodo <input type="checkbox"/> ossiacetilenica <input type="checkbox"/> al plasma
3	A	O	R	Liquidi criogenici
4	A	O	R	Gas compressi <input type="checkbox"/> non tossici <input type="checkbox"/> tossici
5	A	O	R	Camere speciali <input type="checkbox"/> calde, T°C <input type="checkbox"/> fredde, T°C.....
6	A	O	R	Lavoro in altezza (> 2 metri da un piano stabile)
7	A	O	R	Movimentazione manuale di carichi con peso > 20 Kg
8	A	O	R	Guida automezzi di proprietà dell'Università in qualità di autista

Usa agenti di rischio fisici

No

Sì, esclusi usi convenzionali (es.: attrezzature ufficio)

Se sì, completare specificando la sorgente di rischio

1	A	O	R	Campi elettrici e magnetici statici
2	A	O	R	Campi elettromagnetici a bassa frequenza ($f \leq 100$ kHz)
3	A	O	R	Campi elettromagnetici ad alta frequenza ($100 \text{ kHz} < f \leq 300$ GHz)
4	A	O	R	Infrarossi ($780 \text{ nm} \leq$ lunghezza d'onda < 1 mm)
5	A	O	R	Ultravioletti ($100 \text{ nm} \leq$ lunghezza d'onda ≤ 400 nm)
6	A	O	R	Laser di classe: <input type="checkbox"/> 1M <input type="checkbox"/> 2M <input type="checkbox"/> 3R <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 4
7	A	O	R	Rumore:
8	A	O	R	Ultrasuoni
9	A	O	R	Vibrazioni meccaniche:
10	A	O	R	Macchinari (organi meccanici in movimento)
11	A	O	R	Elettricità: tensione ≥ 25 Volt (contatto diretto con parti in tensione)

Altri rischi

No Sì, completare specificando la sorgente di rischio

1	A	O	R
---	---	---	---	-------

Osservazioni:

I firmatari, per quanto di propria competenza, dichiarano che le informazioni fornite sono complete e veritiere e si impegnano a comunicare tempestivamente la cessazione dell'attività a rischio e qualsiasi variazione, sia di fatto che di diritto in merito a quanto dichiarato nella presente scheda di rischio.

L'interessato, preso atto di quanto sopra, si impegna a rispettare le procedure di sicurezza, le norme interne di prevenzione e protezione e le disposizioni impartite dal Responsabile delle attività e assume ogni responsabilità conseguente.

Pavia,

.....
L'INTERESSATO

.....
se lavoratore di cui alla lettera B-Pag.1, firma del RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ; se dipendente da terzi, firma del DATORE DI LAVORO

(Timbro della Struttura)

.....
IL RESPONSABILE DI STRUTTURA

.....
vista e verificata la completezza dei dati
L'ADDETTO LOCALE ALLA SICUREZZA

a cura del Servizio di Prevenzione e Protezione

Scheda di rischio n. ^{ro}	Trasmissione al Medico in data:
.....	
Scheda precedente presso:	

Protocollo sanitario (a cura del Medico Competente)

Visita di idoneità alla mansione specifica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> quinquennale
MACROCATEGORIA DI RISCHIO
<input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> CON <input type="checkbox"/> OP.AM <input type="checkbox"/> OP.B1 <input type="checkbox"/> OP.CH1 <input type="checkbox"/> OP.FI <input type="checkbox"/> OP.OFF/MAN <input type="checkbox"/> OP.ST
<input type="checkbox"/> OP.B2 <input type="checkbox"/> OP.CH2
data,
IL MEDICO COMPETENTE