



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

1. E-mail (*)	<input type="text"/>
2. Cellulare	<input type="text"/>
3. Sede dove viene svolta l'attività (*)	<input type="text"/>
4. Responsabile scientifico/tutore	<input type="text"/>
5. Tipologia del contratto/autorizzazione(*)	
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
- Co.co.co. o co.co.pro.
- Dottorato
- Borsa
- Assegno di ricerca
- Corso di specializzazione
- Tesi di laurea
- Tirocinio
- Ospitalità o altro

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:

<p>3. Nominativo medico curante</p> <input type="text"/>
<p>4. Sede ambulatorio (città)</p> <input type="text"/>
<p>5. Indirizzo ambulatorio (via/piazza e numero)</p> <input type="text"/>
<p>6. Telefono ambulatorio</p> <input type="text"/>
<p>7. Altro riferimento medico</p> <input type="text"/>
<p>8. Si è sottoposti a sorveglianza sanitaria presso qualche altro ente/azienda per rischi in comune? (*)</p> <p>Si (specificare i rischi) <input checked="" type="radio"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="radio"/></p>

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

SCHEDA ANAGRAFICA PER ISTITUZIONE CARTELLA SANITARIA

<p>1. Ente/azienda con i quali si è già sottoposti a sorveglianza sanitaria per rischi in comune (*)</p> <input type="text"/>
--



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

5. Altre attività a rischio