



SCHEDA RISCHI PER ISTITUZIONE CARTELLA SANITARIA TIROCINIO CURRICULARE

DATI ANAGRAFICI TIROCINANTE

Nominativo: [Cognome e Nome]	Sesso: ☐ M ☐ F
Luogo di nascita: [Comune (Prov)]	Data di nascita: (gg/mm/aaaa)
Via: [Via, Numero]	Cellulare:
Città: [Comune (Prov)]	Codice Fiscale:
E-mail:	

MEDICO CURANTE DEL TIROCINANTE

Medico curante: Dott. [Cognome Nome]	Sede ambulatorio: [Comune (Prov)]
Indirizzo: [Via, Numero]	Telefono (se disponibile): Mail:

DATI AZIENDA (soggetto ospitante)

Nominativo Azienda:	[nome azienda e ragione sociale]		
Sede di lavoro del tirocinante:	[comune, via, n.civico]		
Telefono Azienda:	Mail:	PEC:	
Datore di Lavoro:			
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione:			
Medico Competente (ove previsto):			
Preposto Aziendale che segue il tirocinante:			

DATI DIPARTIMENTO DI AFFERENZA (soggetto promotore)

Dipartimento:	[indicazione per esteso]		
Corso di Laurea del tirocinante:	[indirizzo di studi del Tirocinante]		
Ciclo di studi:	☐ triennale	☐ magistrale	☐ ciclo unico
Anno di corso:	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Telefono segreteria didattica:	Mail:	PEC:	
Tutor didattico che segue il tirocinante:			
Durata del tirocinio: dal 00/00/2024 al 00/00/2024			
Eventuali sospensioni programmate del tirocinio: dal 00/00/2024 al 00/00/2024			
Note:			

Si dichiara che Il Sig. [Cognome Nome] in qualità di tirocinante (lavoratore equiparato ai sensi dell'Art.2 comma1 lettera a) afferente al Dipartimento di [Dipartimento] presterà la propria attività all'interno del percorso di tirocinio curriculare presso l'Azienda [Denominazione] e potrà essere esposto ai seguenti fattori



di rischio:

Potenziali fattori di Rischio a cui è soggetto il tirocinante	SI	NO	Livello di Rischio Esposizione
Luoghi di lavoro: (es. ambienti confinati, ambienti sotterranei, inciampo e ostruzione percorsi di emergenza, ecc.)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Microclima Stress termico da caldo/freddo	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Lavori in quota: cadute dall'alto, cadute in profondità, attrezzature di sollevamento	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Rischi di natura elettrica: Lavori sotto tensione, lavori su quadri elettrici in tensione	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Utilizzo attrezzature di lavoro con esposizione a infortuni quali tagli, cesoiamento, schiacciamento, impigliamento, trascinamento, urto, abrasione, ecc.	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Organi meccanici e mezzi di trasporto in movimento: (es. urto, investimento, schiacciamento, investimento da mezzi, ecc.)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Utilizzo Videoterminale	☐	☐	☐ < 20 ore/sett ☐ > 20 ore/sett
Rumore: ☐ <80 dB (A) ☐ 80-85 dB (A) ☐ >85 dB (A) (Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Vibrazioni meccaniche Superiori valori d'azione (mano/braccio 2,5 m/s ² - corpo intero 0,5 m/s ²)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Campi elettromagnetici	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Radiazioni ottiche di origine artificiale ROA Superiori valori limite - art.215 D.Lgs. 81/2008	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Laser Specificare tipologia e classe _____	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Radiazioni ionizzanti (Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Agenti Chimici e sostanze chimiche pericolose: (es. polveri, fumi, gas, vapori, contatto cutaneo, ingestione, inalazione, ecc.) (Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Agenti cancerogeni, mutageni e tossici per la riproduzione specificare quali: _____ (Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Presenza di Amianto	☐	☐	/
Agenti biologici specificare gruppo di appartenenza: _____ (Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Stress lavoro-correlato	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Movimentazione manuale dei carichi (Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente
Altro/rischi specifici specificare quali: _____	☐	☐	☐ Quotidianamente ☐ Frequentemente ☐ Raramente



Luogo e Data, xxxx 00/00/2024

Il Datore di Lavoro dell'Azienda
o delegato in materia di Salute e Sicurezza
☐ DL ☐ RSPP ☐ Dirigente

(informazione dei rischi presenti)