



# 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:**  Docente/Ricercatore  Amministrativo  Area Biblioteche  
 Tecnico, tecn-scientif. ed elaboratore dati  Socio-sanitario  Servizi generali e tecnici  
**Tipo di rapporto:**  a tempo pieno  a tempo parziale (part-time)  
 a tempo determinato  a contratto, durata: .....  a progetto, durata: .....

**B**  Dottorando  Specializzando  Borsista  Assegnista  
 Studente  Tirocinante  Volontario servizio civile

L'attività associata alla qualifica selezionata si svolge dal ..... al .....

**C**  Lavoratore autonomo  Freq. volontario  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 $\leq 400$ 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 $\geq 25$ 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. <sup>ro</sup> .....	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 .....