Università

degli Studi

**S**ervizio di **P**revenzione e **P**rotezione dai **R**ischi

di Catania S.P.P.R. – SERVIZIO FISICA SANITARIA

NOME E COGNOME DEL PERSONALE A CUI IL PRESENTE ALLEGATO FA RIFERIMENTO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO - RISCHIO AGENTI FISICI**

**A1 ‐ Sorgenti di radiazioni ionizzanti **

Il lavoro comporterà per il lavoratore equiparato la necessità di operare in

Zona Controllata Zona Sorvegliata

Zona ad accesso regolamentato Zona Libera (nessun rischio di esposizione)

Il lavoro comporterà rischi di esposizione e/o contaminazione in presenza delle seguenti sorgenti di radiazioni ionizzanti:

Radiazioni *X* Radiazioni *γ* Neutroni

Ioni pesanti Particelle *α* Particelle *β*

Acetato di Uranile Altro (specificare)

Tempi di esposizione valutati (media giornaliera in minuti/giorno)

**A2 ‐ Sorgenti di radiazioni non ionizzanti (NIR) **

Il lavoro comporterà per il lavoratore equiparato la necessità di operare in presenza di

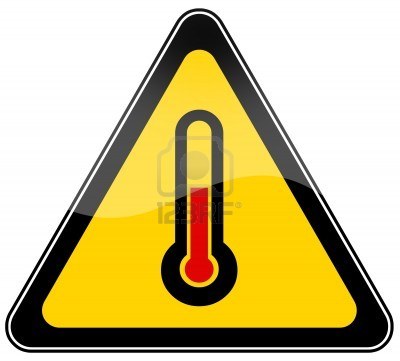
Campi elettromagnetici di bassa frequenza

Campi elettromagnetici di alta frequenza

Microonde

Campi Magnetici Statici

Tempi di esposizione valutati (media giornaliera in minuti/giorno)

**A5 ‐ Criogenico** 

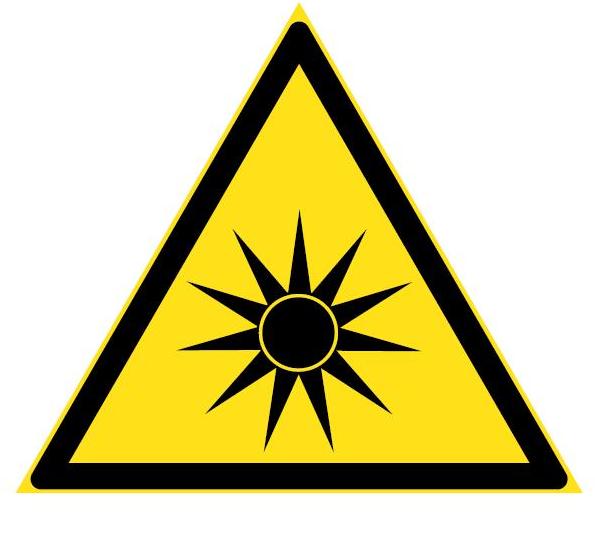
Il lavoro comporterà per il lavoratore equiparato la necessità di manipolare sostanze criogeniche

SI

NO

Specificare che tipo di sostanza:

Tempi di esposizione valutati (media giornaliera in minuti/giorno)

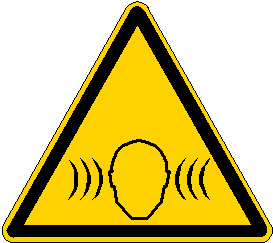
**A3 ‐ Sorgenti di Radiazione Ottica Artificiale (ROA)** 

Il lavoro comporterà per il lavoratore equiparato la necessità di operare in presenza di

Laser (specificare modello, potenza, lungh. d’onda e classe)

Radiazione Ottica Artificiale non coerente (specificare)

Tempi di esposizione valutati (media giornaliera in minuti/giorno)

**A4 ‐ Rumore **

Il lavoro comporterà per il lavoratore equiparato la necessità di operare in ambienti potenzialmente classificabili a rischio rumore

SI

NO

Specificare la sorgente di rumore

Tempi di esposizione valutati (media giornaliera in minuti/giorno)

**Data**

**Firma del Responsabile dell’attività di ricerca**

**NOTE DA COMPILARE**

Descrizione delle **attività** da svolgere e delle **macchine** da utilizzare (laddove necessario allegare manuali d’uso), nonché note utili alla definizione delle condizioni di rischio

**B ‐ Informazione, formazione e addestramento**

Specificare i corsi di informazione/formazione o eventuale addestramento espletati, necessari a svolgere l’attività (allegare copia degli attestati)