



ALLEGATO N. 1 - RISCHIO AGENTI CHIMICI (SET 2019)

Il/La sottoscritto/a Prof. _____
Responsabile dell'attività di ricerca del lavoratore _____

DICHIARA

Condizione operativa A)

che le sostanze di cui all'elenco allegato vengono manipolate secondo i criteri, le quantità ed i tempi di esposizione sotto riportati:

RISCHIO INALAZIONE (VALUTAZIONE)

- Proprietà Chimico-Fisiche: solido-nebbia o bassa volatilità o media e alta volatilità e polveri fini (pagg. 15 e 16 del "Mo.Va.Ris.Ch")
- Quantità giornaliera in uso è inferiore a 0.1 Kg (pag. 17 del "Mo.Va.Ris.Ch")
- Utilizzo della sostanza avviene con: inclusione in matrice o con un uso controllato (applicazione di procedura di sicurezza) (pag. 17 del "Mo.Va.Ris.Ch")
- La tipologia di controllo avviene in Aspirazione localizzata (sotto cappa) (pagg. 17 e 18 del "Mo.Va.Ris.Ch")
- Tempo giornaliero di esposizione netta a tutti gli agenti chimici pericolosi utilizzati in uno stesso giorno complessivamente non superiore alle 2 ore (pag. 18 del "Mo.Va.Ris.Ch")

RISCHIO CUTANEO (VALUTAZIONE)

- Tipologia d'uso: inclusione in matrice o uso controllato (applicazione di procedura di sicurezza) (pag. 25 del "Mo.Va.Ris.Ch")
- Tipologia di contatto: nessun contatto (utilizzo di idonei D.P.I.) (pag. 25 del "Mo.Va.Ris.Ch")

Condizione operativa B)

che le attività svolte richiedono una manipolazione delle sostanze che NON CORRISPONDE per stato fisico (gassoso) e/o per modalità, quantità e tempi di esposizione a quelle indicate nella condizione operativa A) di cui sopra. Si allega la scheda di rilevamento dati per ogni sostanza utilizzata dal lavoratore in esame (**Allegato 2)**.

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Luogo e data _____

Firma del Responsabile dell'attività

Per presa visione:

Firma del Lavoratore

