



“MODULO COMUNICAZIONE ATTIVITÀ” (REV. SET 2019)

NOME E COGNOME del LAVORATORE _____
DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO DI NASCITA _____ Prov. ____
TIPOLOGIA DI CONTRATTO _____ (DATA INIZIO ____/____/____ DATA FINE ____/____/____)
EMAIL _____ TEL. _____

SEDE di LAVORO

DIPARTIMENTO _____
NOME del LABORATORIO _____
EDIFICIO/BLOCCO/PIANO _____

RESPONSABILE dell'ATTIVITÀ DI DIDATTICA E RICERCA _____
STRUTTURA DI AFFERENZA _____
EMAIL _____ TEL. _____

TIPOLOGIA DI LAVORO - ATTIVITÀ – MANSIONE

La compilazione, a cura del responsabile della presente attività, è richiesta al fine di coadiuvare il servizio nella corretta Valutazione dei Rischi (ai sensi del D. Lgs. 81/2008). Barrare **solo** le attività previste e, per queste, compilare il relativo allegato.

- attività di ufficio e/o docenza/tutoraggio
- attività di **video-terminalista**: inferiore a 20 ore settimanali uguale o superiore a 20 ore settimanali
- attività in **aree esterne** [specificare se subacquea, ambiente ipogeo o pianura/montagna] _____
- attività di **magazzino/Movimentazione Manuale dei Carichi** [solo per il personale contrattualmente adibito alla mansione specifica (operai, tipografi, bibliotecari)]
- attività di laboratorio in cui si usano **AGENTI CHIMICI PERICOLOSI** [All. 1 e/o All. 2]
- attività di laboratorio in cui si usano **AGENTI CANCEROGENI/MUTAGENI** [R 45-46-49 / H350-350i-340]
Indicare gli agenti: _____ [compilare on-line <http://aps.unict.it/WebAppRisCancer/login.aspx>]
- attività di laboratorio in cui è prevista l'interazione con/l'uso di **AGENTI FISICI** [All. 3]:
- | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> RUMORE | <input type="checkbox"/> VIBRAZIONI | <input type="checkbox"/> LASER | <input type="checkbox"/> ROA (UV, INFRAROSSI, ETC) |
| <input type="checkbox"/> CAMPI ELETTROMAGNETICI/MAGNETICI STATICI | <input type="checkbox"/> SOSTANZE RADIOATTIVE/SORGENTI RADIOGENE | | |
- attività di laboratorio in cui è previsto l'uso di **ATTREZZATURE DI LAVORO** [All. 4]:
- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ATTREZZ. OFFICINA | <input type="checkbox"/> ELETTROUTENSILI | <input type="checkbox"/> MACCHINE DI PROVA | <input type="checkbox"/> ATTREZZ. SOLLEVAMENTO/MOVIMENTAZIONE |
| <input type="checkbox"/> APP. CONDIZION. CAMPIONI | <input type="checkbox"/> APP. ELETTRICHE/ELETRONICHE | <input type="checkbox"/> UTENSILI MANUALI | <input type="checkbox"/> PROTOTIPI <input type="checkbox"/> ALTRE |
- attività di laboratorio in cui è previsto l'uso di **AGENTI BIOLOGICI e/o MATERIALI BIOLOGICI** potenzialmente infettanti
[segnare la classe ed elencare gli agenti/materiali biologici] [All. 5]:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CLASSE 1: _____ | <input type="checkbox"/> CLASSE 2: _____ |
| <input type="checkbox"/> CLASSE 3: _____ | <input type="checkbox"/> CLASSE 4: _____ |
- utilizzo di **aghi e/o taglienti** [nelle attività a rischio biologico compresa la sperimentazione su animali vivi]
- sperimentazione su animali vivi** [prevista solo per il personale già laureato e inserito nei progetti di sperimentazione animale]
- altre attività
- Allega attestati di Formazione Non allega attestati di Formazione

Luogo e data _____

Firma del Responsabile dell'attività

Firma del Lavoratore