|  |
| --- |
| **Al Servizio di Prevenzione e Protezione dell’Università degli Studi di Verona**  **servizio.prevenzioneprotezione@ateneo.univr.it** |
| **Ai Medici Competenti dell’Università degli Studi di Verona**  **medico.competente@ateneo.univr.it** |
| **Al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI)**  **(inviare solo se l’attività si svolge anche, o esclusivamente, in AOUI)** |

**NOTE INFORMATIVE**

**PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI E L’EVENTUALE ATTIVAZIONE DELLE ATTIVITA’ DEL MEDICO COMPETENTE ex art 41 D.Lgs 81 /08 e/o del Medico AUTORIZZATO EX D.Lgs 101/20**

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(es.: Dirigente di Direzione, Direttore di Dipartimento, Presidente di Centro, Responsabile del SBA, Resp. di Area, Resp. di Unità Operativa, Resp. Scientifico, Direttore della Scuola di Specializzazione, Coordinatore del Corso di Dottorato, Tutor del Dottorando, Presidente del Corso di Laurea/Master),

**DICHIARA che**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (*Nome*) |  | (*Cognome*) |

Codice Fiscale (*rilasciato in Italia*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*indicare indirizzo completo: Via – Città – Provincia -Stato)*

Tel./Cell.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequenterà, nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*indicare la struttura: Reparto di…/UO …../Laboratorio di ………………)*

del Dipartimento/Centro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

come: **ricercatore [ ] docente [ ] tecnico [ ] medico [ ] assegnista [ ] borsista [ ] dottorando [ ] tesista [ ] studente in tirocinio [ ] specializzando [ ] frequentatore (Visiting/Erasmus/…) [ ] altro [ ]** *(specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*Se studente / tesista / dottorando / specializzando / frequentatore, specificare Corso di Laurea / Scuola di… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Ha già lavorato in UniVR: **SI** [ ] **NO**  [ ]

**DESCRIZIONE NARRATIVA DELLE ATTIVITA’ CHE VERRANNO SVOLTE**

*(Si prega di dettagliare attività/mansioni/compiti specifici della persona, indicando ambienti e luoghi di lavoro, eventuale uso di strumenti, attrezzature, macchinari, sostanze, agenti chimici, fisici, biologici, videoterminali, eventuali turni di lavoro, movimentazione carichi/pazienti, disponibilità di mezzi di protezione collettiva ed individuale. Informazioni circa i tempi (durata, frequenza…) di lavoro sono altresì necessarie.)*

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

Sulla base di quanto sopra descritto, la persona, a parere dello scrivente, potrà essere esposta ai seguenti fattori di rischio

**AGENTI FISICI**:

* **Campi Elettromagnetici (CEM):**
  + **RMN [ ]** *(indicare solo se si accede alla sala del magnete)*
  + **TMS [ ]** *(sono esposti i lavoratori che utilizzano lo stimolatore magnetico transcranico e/o permangono nella stanza durante il suo funzionamento)*
  + **altre sorgenti di CEM [ ]** *(es.: elettrobisturi.* ***NB:*** *non sono da considerare fonte di rischio le reti Wi-Fi)* **……………………………………………………………...**
* **Radiazioni Ottiche Artificiali (ROA):**
  + **Laser [ ]** *(non va indicato l’utilizzo di laser presenti all’interno di apparecchiature oppure schermati, come il confocale)*
  + **Transilluminatori [ ]** *(aperti o se utilizzati con coperchio aperto)*
  + **Lampade UV [ ]**
  + **Cappe UV aperte [ ]**
  + **altre sorgenti ROA [ ]: ………………………………**
* **Radiazioni ionizzanti [ ]**

Nuova esposizione [ ] (compilare modulo per l’autorizzazione all’attività lavorativa con R.I.)

Continuazione attività [ ] (radioesposto UniVR dal ………………………………..)

* **Rumore [ ]**
* **Ultrasuoni [ ]**
* **Vibrazioni [ ]**
* **Macroclima/microclima [ ]**  *(Ad es. per chi svolge attività all’aperto o attività prolungate in camera calda/fredda)*

**AGENTI BIOLOGICI**:

* **Agenti biologici**  **[ ]** (Gruppo ….……)
* **OGM [ ]** (Classe ….……)
* **Manipolazione campioni biologici [ ]** *(Ad es. manipolazione di sangue/plasma/siero/tessuti o anche altri fluidi/campioni UMANI, freschi o congelati)*
* **Attività con animali da laboratorio [ ]**  *(chi lavora solo con Zebrafish non deve barrare questa fonte di rischio)*

**AGENTI CHIMICI**:

* **Agenti chimici [ ]**
* **Gas anestetici [ ]**
* **Agenti cancerogeni e/o mutageni e/o tossici per la riproduzione [ ]** (compilare/aggiornare la scheda cancerogeni)

**FATTORI ERGONOMICI**:

* **Movimentazione manuale carichi e/o pazienti [ ]**

**FATTORI ORGANIZZATIVI**:

* **Lavoro a turni e notturno [ ]**
* **Uso videoterminali** (>20 ore/settimana) **[ ]**

**ALTRE ATTIVITÀ**:

* **Attività clinica [ ]**
* **Attività in sala operatoria [ ]**
* **Uso elettromedicali [ ]:** (indicare quali) **………………………………**
* **Uso dispositivi di Realtà Virtuale [ ]**
* **Attività in laboratorio di robotica e/o officina:**
  + **Possibile contatto accidentale (diretto o indiretto) con elementi in tensione [ ]**
  + **Presenza di organi in movimento** **[ ]**
  + **Utilizzo di attrezzature taglienti/pungenti [ ]**
* **Attività in serra** **[ ]**
* **Attività all’aperto** *(Ad es. manipolazione per campionamenti, scavi archeologici, …)* **[ ]**
* **Uso mezzo di trasporto [ ]** (per attività di servizio, NON per tragitto casa-lavoro)
  + **Proprio [ ]**
  + **Messo a disposizione dall’Ateneo [ ]**

**ALTRO [ ]**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NESSUNA ESPOSIZIONE** **[ ]**

**Il/la sottoscritto/a prende atto che, a seguito delle informazioni soprariportate, il Servizio di Prevenzione e Protezione valuterà i rischi in collaborazione con il Medico Competente, il quale, sentito, ove necessario, il Servizio di Prevenzione e Protezione, si riserverà di convocare o meno la persona indicata per le attività di sua competenza, inclusa la sorveglianza sanitaria.**

Verona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Responsabile

*FIRMA LEGGIBILE*