



“MODULO COMUNICAZIONE ATTIVITA’” (REV. MAR 2023)

NOME E COGNOME del LAVORATORE _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO DI NASCITA _____ Prov. _____

TIPOLOGIA RUOLO (Tirocinante/Tesista/Borsista/Dottorando/Assegnista/Altro) _____

(DATA INIZIO ____/____/____ DATA FINE ____/____/____)

EMAIL _____ TEL. _____

SEDE di LAVORO

DIPARTIMENTO _____

NOME del LABORATORIO _____

EDIFICIO/BLOCCO/PIANO _____

RESPONSABILE dell’ATTIVITÀ di DIDATTICA e/o RICERCA _____

STRUTTURA DI AFFERENZA _____

EMAIL _____ TEL. _____

TIPOLOGIA DI LAVORO - ATTIVITÀ – MANSIONE

La compilazione, a cura del responsabile dell’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]:

RUMORE VIBRAZIONI LASER ROA (UV, INFRAROSSI, ETC)
 CAMPI ELETTROMAGNETICI/MAGNETICI STATICI SOSTANZE RADIOATTIVE/SORGENTI RADIOGENE

attività di laboratorio in cui è previsto l’uso di ATTREZZATURE DI LAVORO [All. 4]:

ATTREZ. OFFICINA APPARECCHI ELETTRICI/ELETTRONICI ELETTROUTENSILI UTENSILI MANUALI
 APP. COONDIZ. CAMPIONI PROTOTIPI APP. TRASPORTO/SOLLEVAM. MACCHINE DI PROVA ALTRO

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]:

CLASSE 1: _____ CLASSE 2: _____
 CLASSE 3: _____ 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

Ho preso visione dell’INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI RELATIVA ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI E PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA (art.13-14- Regolamento europeo 2016/679)

Luogo e data _____

Firma del Responsabile dell’attività

Firma del Lavoratore