



Dipartimento di Fisica «Enrico Fermi»

L.go B. Pontecorvo n°3, 56127 Pisa - tel. (+39) 050 2214000
mail: amministrazione@df.unipi.it, pec: fisica@pec.unipi.it
cod.fisc. 80003670504, p.Iva 00286820501

All'Unità Servizio Prevenzione e Protezione - Direzione Generale - Università di Pisa

All'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana - Medico Competente Coordinatore / Medico Autorizzato

SCHEDA RILEVAZIONE ATTIVITA' A RISCHIO

DATI GENERALI

studente laureando dottorando specializzando assegnista tirocinante borsista soggetto ad essi equiparati
 altro (specificare) _____

Nota 1: se in possesso di referti medici privati (ematocimici, oculistici) relativi a visite mediche recenti, barrare qui: e specificare tipo di referto medico posseduto: _____ Data dell'esame: __ / __ / ____ **I referti medici privati eventualmente posseduti NON vanno allegati alla presente scheda ma mostrati solo al Medico Competente Unipi**

Cognome:	Nome:
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Luogo e data di nascita:
Residenza:	Codice Fiscale:
Telefono:	Mail:
Tipo di tesi:	Ore giorno di attività:
Laboratorio:	Durata/rapporto di lavoro: dal ___/___/___ al ___/___/___

NOTE:

AGENTI CHIMICI o FISICI che presumibilmente possono essere utilizzati	TEMPI DI ESPOSIZIONE / FREQUENZA DI MANIPOLAZIONE che presumibilmente possono essere considerati	TIPO / QUANTITA' / INTENSITA' che presumibilmente possono essere utilizzate	MISURE DI PROTEZIONE ADOTTATE es. cappe aspiranti, DPI - guanti, mascherine, ecc. - procedure, ecc.) (ad
<input type="checkbox"/> Esposiz. radiazioni ionizzanti (Laser, radiazioni ottiche artificiali) non		NOTA: Indicare la classe del laser	
<input type="checkbox"/> Esposizione a campi elettromagnetici e magnetici statici		NOTA: Per i campi magnetici indicare l'intensità, se sopra o sotto 0.5 T	
<input type="checkbox"/> Rischi fisici (movimentazione manuale carichi, esposizione rumore o vibrazioni)			
<input type="checkbox"/> Agenti chimici			
<input type="checkbox"/> Utilizzo Attrezz. da Officina			
<input type="checkbox"/> Movimentaz. manuale di carichi			
<input type="checkbox"/> Uso di VDT >20h/sett			

CONTENUTI DELLA FORMAZIONE EFFETTUATA:

Il lavoratore / studente / laureando / etc.	Il R.A.R. (cognome nome): _____
	firma: _____

data: ___ / ___ / ___ note: _____