**Al Servizio Prevenzione e Protezione**

**Università degli Studi di Firenze**

**Al Medico Competente**

**Università degli Studi di Firenze**

**SCHEDA DI ACCESSO AL DIPARTIMENTO**

**Generalità dell’utente**

**Nome Cognome**

**C.F. Numero di Matricola \_\_\_\_\_**

**Qualifica:**

**- Personale Strutturato - Personale Non Strutturato**

□ Tecnico □ Specializzando

□ Ricercatore □ Dottorando

□ Docente □ Assegnista

□ Amministrativo …………………………. □ Borsista

□ Altro □ Contrattista

□ Tirocinante

□ Altro ………………………………………….

**Data di scadenza del contratto (per i non strutturati\*):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Assegnisti, borsisti, dottorandi, collaboratori e studenti. Per questi ultimi la data di fine rapporto coincide con quella di cessazione dall’attività che li espone a rischio (es. data di fine tirocino).

**Residenza o Domicilio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recapito telefonico** (possibilmente un cellulare)**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indirizzo e-mail:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unità di Ricerca di appartenenza** (indicare il docente responsabile)**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Progetto di Ricerca:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vaccinazioni**

l’Utente è stato sottoposto a vaccinazioni:

antitetanica □ Sì □ No

Se Sì specificare data e/o richiamo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anti epatite B □ Sì □ No

Se Sì specificare data e/o richiamo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altre Vaccinazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eventuali allergie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sorveglianza sanitaria**

L’Utente è sottoposto a sorveglianza sanitaria da parte di questo di questo Ateneo:

□ SI’ □ NO

**Rischi lavorativi**

Barrare i rischi che l’attività svolta comporta.

**VDT** (utilizzo del videoterminale per almeno 20 ore alla settimana)

□ Sì □ No

**Chimico**

□ Sì □ No

**Biologico**

□ Sì □ No

In caso di risposta affermativa specificare se si utilizzano campioni di origine umana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOGM**

□ Sì □ No

**Cancerogeni e Mutageni**

□ Sì □ No

In caso di risposta affermativa indicare:

1. Sostanze e/o preparati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Quantitativi utilizzati\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Tempo di esposizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rumore**

□ Sì □ No

**Movimentazione manuale carichi**

□ Sì □ No

**Radiazioni ottiche artificiali**

□ Sì □ No

In caso di risposta affermativa specificare di quale tipo (es. laser, uva, uvb etc.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Campi elettromagnetici**

□ Sì □ No

**Vibrazioni**

□ Sì □ No

**Amianto**

□ Sì □ No

Data di compilazione della presente scheda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’Utente

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

Firma del Responsabile Scientifico Firma del Responsabile della Struttura

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

I dati trasmessi con la compilazione della scheda di accesso saranno trattati per le finalità della Sorveglianza Sanitaria nel rispetto della normativa prevista dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali 2016/679 e dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali e ss.mm.ii. Per maggiori informazioni sulla protezione dati nell’Università degli Studi di Firenze vedi la pagina Protezione dati (<https://www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html>) sul sito web di Ateneo.

(solo per le donne)

La sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza dell’obbligo di informare formalmente e tempestivamente il Direttore del Dipartimento (vedi art. 7 comma 5 del Regolamento di Ateneo per la salute e la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro)

<https://www.unifi.it/upload/sub/normativa/dr_401_17_regolamento_salute_luoghi_lavoro.pdf>, e il responsabile della ricerca, del proprio stato di gravidanza non appena accertato.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’Utente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_