



UFFICIO DEL MEDICO
COMPETENTE

P.zza Leonardo da Vinci , 32
20133 Milano
Tel. +39 2 23999453
Fax +39 2 23999203

Prot. n. _____ del _____ Allegato _____

SCHEDA INDIVIDUALE DI DESTINAZIONE/COLLOCAZIONE LAVORATIVA

Al fine di poter definire il protocollo di sorveglianza sanitaria preventiva e periodica ai sensi del D.Lgs 81/08 le chiediamo di compilare la scheda in ogni sua parte e inoltrarla al SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE indirizzo mail: sonia.lavitola@polimi.it – silvia.rossi@polimi.it

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato a	il
Residente	tel.
Codice fiscale	data di assunzione
Indirizzo posta elettronica	
Dipartimento/Struttura	
Laboratorio:	
Qualifica (assegnista, dottorando, tesista, borsista, tecnico amministrativo)	

LE RICORDIAMO CHE SOLO AL RICEVIMENTO DELLA PRESENTE SCHEDA POTRA' ESSERE CONVOCATO AD EFFETTUARE GLI ACCERTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PREVISTI DAL D.lgs 81/08 AI FINI DELL'ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA'



**UFFICIO DEL MEDICO
COMPETENTE**

P.zza Leonardo da Vinci , 32
20133 Milano
Tel. +39 2 23999453
Fax +39 2 23999203

	Se SI		TEMPO
Svolge attività di laboratorio che comporta utilizzo di AGENTI CHIMICI (D.Lgs 81/08 TITOLO IX Capo 1)	SI	NO	<input type="checkbox"/> occasionale (<10% orario di lavoro) <input type="checkbox"/> frequente (10 -25%orario di lavoro) <input type="checkbox"/> abituale (26-50% orario di lavoro) <input type="checkbox"/> sempre (51 -100% orario di lavoro)
Svolge attività che comporta esposizione potenziale ad AGENTI BIOLOGICI (D.Lgs 81/08 TITOLO X)	SI	NO	<input type="checkbox"/> occasionale (<10% orario di lavoro) <input type="checkbox"/> frequente (10 -25%orario di lavoro) <input type="checkbox"/> abituale (26-50% orario di lavoro) <input type="checkbox"/> sempre (51 -100% orario di lavoro)
Svolge attività che comporta utilizzo di SORGENTI LASER (D.Lgs 81/08 TITOLO VIII Capo V)	SI	NO	<input type="checkbox"/> occasionale (<10% orario di lavoro) <input type="checkbox"/> frequente (10 -25%orario di lavoro) <input type="checkbox"/> abituale (26-50% orario di lavoro) <input type="checkbox"/> sempre (51 -100% orario di lavoro)
Svolge attività in laboratori/officine con uso di MACCHINE UTENSILI	SI	NO	<input type="checkbox"/> occasionale (<10% orario di lavoro) <input type="checkbox"/> frequente (10 -25%orario di lavoro) <input type="checkbox"/> abituale (26-50% orario di lavoro) <input type="checkbox"/> sempre (51 -100% orario di lavoro)



**UFFICIO DEL MEDICO
COMPETENTE**

P.zza Leonardo da Vinci , 32
20133 Milano
Tel. +39 2 23999453
Fax +39 2 23999203

				Se SI		TEMPO		
Svolge attività che comporta utilizzo di VIDEOTERMINALE (D.Lgs 81/08 TITOLO VII)	SI	NO					<input type="checkbox"/> < a 20 ore settimanali <input type="checkbox"/> = > 20 ore settimanali	
Svolge attività che comporta MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI (D.Lgs 81/08 TITOLO VI)	SI	NO	Categorie di peso dei COLLI		FREQUENZA		sono presenti AUSILI per la movimentazione carichi (transpallet – muletti etc) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI se SI indichi tipologia e per quali carichi viene utilizzato: <hr/> <hr/> <hr/>	
			<input type="checkbox"/> 5 – 10 KG	Indichi in media il N° colli _____	<input type="checkbox"/> occasionale (1 volta/mese)	<input type="checkbox"/> frequente (1volta/settimana)		<input type="checkbox"/> abituale (quasi tutti i giorni)
			<input type="checkbox"/> 11- 15 KG	Indichi in media il N° colli _____	<input type="checkbox"/> occasionale (1 volta/mese)	<input type="checkbox"/> frequente (1volta/settimana)		<input type="checkbox"/> abituale (quasi tutti i giorni)
			<input type="checkbox"/> 16 -20 KG	Indichi in media il N° colli _____	<input type="checkbox"/> occasionale (1 volta/mese)	<input type="checkbox"/> frequente (1volta/settimana)		<input type="checkbox"/> abituale (quasi tutti i giorni)
La sua attività può richiedere anche LAVORO IN QUOTA	SI	NO	INDICHI <input type="checkbox"/> ALL'INTERNO DEL DIPARTIMENTO <input type="checkbox"/> ATTIVITA' ALL'ESTERNO (MISSIONI)		<input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> frequente <input type="checkbox"/> abituale			



UFFICIO DEL MEDICO
COMPETENTE

P.zza Leonardo da Vinci , 32
20133 Milano
Tel. +39 2 23999453
Fax +39 2 23999203

Allegato 1 AGENTI CHIMICI:

<u>nome agente chimico</u>	<u>N° CAS</u>	<u>Frase di rischio</u>	QUANTITATIVI ANNUI PRESUMIBILMENTE UTILIZZATI IN FUNZIONE DELLE ESIGENZE DI RICERCA (KG/LITRI)	<u>Dispositivi di protezione</u> <u>Individuale</u>
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro



UFFICIO DEL MEDICO
COMPETENTE

P.zza Leonardo da Vinci , 32
20133 Milano
Tel. +39 2 23999453
Fax +39 2 23999203

<u>nome agente chimico</u>	<u>N° CAS</u>	<u>Frase di rischio</u>	<u>QUANTITATIVI ANNUI PRESUMIBILMENTE UTILIZZATI IN FUNZIONE DELLE ESIGENZE DI RICERCA (KG/LITRI)</u>	<u>Dispositivi di protezione</u> <u>Individuale</u>
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro
				<input type="checkbox"/> mani <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> volto <input type="checkbox"/> vie respiratorie <input type="checkbox"/> corpo <input type="checkbox"/> altro

5

Data: _____

Firma lavoratore _____

Firma RADRL _____