



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE
Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff"

SESTO FIORENTINO LI _____

**Al Direttore del Dipartimento
Di Chimica**

IL SOTTOSCRITTO: (cognome) _____ (nome) _____

- **Recapito telefonico N. Personale** _____ **N. Interno** _____
- **Indirizzo Email *** _____
- **Stanza /Laboratorio N** _____
- **QUALIFICA**

Assegnista; **Borsista;** **Collaboratore a Progetto;**

Dottorando in _____ **ciclo:** _____;

Laureando matricola n _____ **Facoltà** _____ **CDL** _____

Altro _____

- **nome del responsabile scientifico /tutore :** _____

CHIEDE DI PROCEDERE A

PRIMA CONSEGNA **RINNOVO PER SCADENZA N.** _____ **PER DETERIORAMENTO N** _____

DI UN BADGE PER L'ACCESSO AL : **DIPARTIMENTO DI CHIMICA , VIA DELLA LASTRUCCIA 3-13**

EDIFICIO LAP ,VIA PASSERINI

Per il Periodo dal _____ **al** _____

A TAL FINE DICHIARA

di aver preso visione delle norme di comportamento del Dipartimento di Chimica e di impegnarsi ad ottemperare a tutte le norme di sicurezza e prevenzione stabilite nei regolamenti;

di **AVER ADERITO** all'assicurazione contro gli infortuni e responsabilità verso terzi stipulata dall'Ateneo mediante versamento di € 8,50 sul conto corrente n. 2535 a favore dell'Università degli studi di Firenze con causale: Polizza infortuni : 01 febbraio 2012 - 31 gennaio 2013. (Si allega ricevuta di pagamento); (per Dottorandi Borsisti, Assegnisti, Prestatori d'opera occasionale, Frequentatori);

di **NON AVER ADERITO** all'assicurazione contro gli infortuni stipulata dall'Ateneo, in quanto:

Laureando regolarmente iscritto ed in regola con il pagamento delle tasse

studente universitario che svolge stage formativo regolarmente iscritto ed in regola con il pagamento delle tasse

studente di scuola media che svolge stage formativo

studente universitario straniero in possesso di documentazione, rilasciata dalla università di provenienza, attestante la copertura assicurativa contro gli infortuni (che allego)

collaboratore a progetto (coperto da INAIL)

già in possesso di un'assicurazione propria contro infortuni e responsabilità verso terzi (che allego)

Altro _____

• **Il Richiedente** _____

• **Il Responsabile Scientifico/Tutore** _____

SCHEDA PERSONALE DI RISCHIO
dati occupazionali (forniti dal RESPONSABILE SCIENTIFICO)

Nome e Cognome		Tipo di contratto	Scegliere tra: dipendente t.d., dipendente t.i., collaborazione a progetto, borsa di studio, assegnista, laureando, altro (specificare)																																						
Luogo di lavoro Dipartimento di Chimica Via della Lastruccia 3-13 Sesto Fiorentino (Fi)																																									
Laboratorio		Responsabile del laboratorio																																							
Nominativo RSPP Università degli Studi di Firenze : Arch. Leonardo Martini		Nominativo RLS struttura ospitante : Fabio Busi																																							
Attività/mansione svolta <i>(sintesi descrittiva)</i>																																									
Elenco macchine attrezzature utilizzate																																									
DPI (Dispositivi Protezione Individuale) da utilizzare																																									
Rischio	Tipo	DA NON RIEMPIRE indicazioni per il protocollo sanitario parti riservate ai medici competenti																																							
<input type="checkbox"/> Videoterminale (Addetto al)	<i>Oss: > 20 ore / > 50 anni</i>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">Tipologia</th> <th style="width:50%;">periodicità</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Visita medica</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ECG</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Audiometria</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Esame otovestibolare</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Spirometria</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Visita oculistica</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Esami ematochimici</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Metaboliti urinari</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Tipologia	periodicità	<input type="checkbox"/> Visita medica		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> Audiometria		<input type="checkbox"/> Esame otovestibolare		<input type="checkbox"/> Spirometria		<input type="checkbox"/> Visita oculistica		<input type="checkbox"/> Esami ematochimici		<input type="checkbox"/> Metaboliti urinari		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Tipologia	periodicità																																								
<input type="checkbox"/> Visita medica																																									
<input type="checkbox"/> ECG																																									
<input type="checkbox"/> Audiometria																																									
<input type="checkbox"/> Esame otovestibolare																																									
<input type="checkbox"/> Spirometria																																									
<input type="checkbox"/> Visita oculistica																																									
<input type="checkbox"/> Esami ematochimici																																									
<input type="checkbox"/> Metaboliti urinari																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/>																																									
<input type="checkbox"/> Rumore e/o sostanze ototossiche	<input type="checkbox"/> fisico (rumore) <input type="checkbox"/> chimico (sostanze ototossiche) <input type="checkbox"/> combinato (rumore, vibrazioni e sostanze)																																								
<input type="checkbox"/> Temperatura	<input type="checkbox"/> macroclima <input type="checkbox"/> microclima																																								
<input type="checkbox"/> Pressione																																									
<input type="checkbox"/> Elettrico																																									
<input type="checkbox"/> Vibrazioni	<input type="checkbox"/> mano-braccio <input type="checkbox"/> corpo intero																																								
<input type="checkbox"/> Radiazioni non ionizzanti	<input type="checkbox"/> ELF <input type="checkbox"/> microonde e radiofrequenza <input type="checkbox"/> campi magnetici statici <input type="checkbox"/> radiazioni ottiche <input type="checkbox"/> laser <input type="checkbox"/> EMF																																								
<input type="checkbox"/> Radiazioni ionizzanti	<input type="checkbox"/> tipo di radiazione <input type="checkbox"/> Radon																																								
<input type="checkbox"/> Movimentazione manuale dei carichi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																								
<input type="checkbox"/> Lavoro in posizione eretta (per tempo prolungato)	Indicare approssimativamente stazionamento in piedi giornaliero: _____ ore																																								
<input type="checkbox"/> Sostanze pericolose	Basso per la sicurezza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Irrilevante per la salute <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Agenti cancerogeni e mutageni <input type="checkbox"/> Amianto																																								
<input type="checkbox"/> Agenti chimici	Classificazione																																								
<input type="checkbox"/> Agenti biologici	Classificazione																																								
<input type="checkbox"/> Aereosol	<input type="checkbox"/> polveri <input type="checkbox"/> fumi <input type="checkbox"/> nebbie																																								
<input type="checkbox"/> Lavoro notturno	≥ 80 notti anno																																								
<input type="checkbox"/> Alcol																																									
<input type="checkbox"/> Sostanze psicotrope e stupefacenti																																									
<input type="checkbox"/> Lavoratrice in età fertile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																								
		Note anamnestiche per il medico competente 																																							
		Eventuali inidoneità già accertate 																																							
<input type="checkbox"/> Il lavoratore ha ricevuto da parte del Responsabile Scientifico specifica formazione ed informazione in merito ai rischi presenti nell'ambiente di lavoro (anche in relazione alle proprie condizioni individuali: lavoratrice in età fertile, lingua, ecc) in data: _____																																									
<input type="checkbox"/> Il lavoratore, in base ai rischi presenti, è soggetto a sorveglianza sanitaria (Art. 41 D.Lgs. 81/2008) e si impegna ad adempiere tale obbligo, una volta contattato dal Servizio Prevenzione e Protezione dell'Università degli Studi di Firenze.																																									

Compilato in data: _____ c/o _____
 Il Responsabile Scientifico _____ Il lavoratore: _____
firma *firma*

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Università degli Studi di Firenze

Responsabile del trattamento: il Direttore del Dipartimento, prof. P.R.Salvi i – Tel. 0554573068/3084.

Ai i sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

SESTO FIORENTINO LI _____

PER PRESA VISIONE LA/IL DICHIARANTE

Si autorizza l'accesso al Dipartimento

Non si autorizza , in quanto : _____

Il Direttore del Dipartimento
Prof. P.R. Salvi