



**“MODULO COMUNICAZIONE ATTIVITA’” PRESSO ENTI ESTERNI ALL’ATENEO (FEB 2024)**

**NOME E COGNOME LAVORATORE (se più di uno allegare elenco)** \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA RUOLO (Tirocinante/Tesista/Borsista/Dottorando/Assegnista/Altro) \_\_\_\_\_

(DATA INIZIO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DATA FINE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**RESPONSABILE dell’ATTIVITÀ DI DIDATTICA E RICERCA UNICT** \_\_\_\_\_

STRUTTURA DI AFFERENZA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**SEDE delle ATTIVITA’ presso l’ENTE ESTERNO**

AZIENDA \_\_\_\_\_

REPARTO/SEZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

**TUTOR AZIENDALE** \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DEI RISCHI** (ai sensi del D. Lgs. 81/2008)

La compilazione, a cura dell’ente ospitante di concerto con il proprio RSPP, è richiesta al fine di coadiuvare l’Università degli studi di Catania a individuare la corretta sorveglianza sanitaria e l’eventuale sorveglianza fisica della radioprotezione.

Indicare di seguito la **criticità del rischio** connessa alle attività previste a carico del personale dell’università (barrare solo le attività previste).

attività di video-terminalista [inferiore a 20 ore settimanali]     attività di video-terminalista [uguale o superiore a 20 ore settimanali]

attività di laboratorio in cui si usano **AGENTI CHIMICI PERICOLOSI**:     rischio IRRILEVANTE     rischio RILEVANTE\*

attività di laboratorio in cui si usano **AGENTI MUTAGENI e CANCEROGENI**:  
 rischio IRRILEVANTE     rischio RILEVANTE\*

attività di laboratorio in cui è prevista l’uso di **AGENTI FISICI**:     rischio IRRILEVANTE     rischio RILEVANTE\*

attività di laboratorio in cui è prevista l’uso di **SORGENTI RADIOGENE/SOSTANZE RADIOATTIVE**:  
 NON ESPOSTO     ESPOSTO B\*     ESPOSTO A\*

attività di laboratorio in cui è previsto l’uso di **AGENTI BIOLOGICI**, di **aghi e/o taglienti**:  
 rischio IRRILEVANTE     rischio RILEVANTE\*

attività di laboratorio in cui è previsto utilizzo di **ATTREZZATURE**:     rischio IRRILEVANTE     rischio RILEVANTE

**sperimentazione su animali vivi**:     rischio IRRILEVANTE     rischio RILEVANTE

attività in **aree esterne**:     rischio IRRILEVANTE     rischio RILEVANTE\*

(\*) Nel caso di rischio RILEVANTE compilare l’allegato.

**altro** (specificare) \_\_\_\_\_

**Allego Attestati Corsi “Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”**     **NON Allego Attestati Corsi “Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”**

**Si prende 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 Responsabile Unict**

**Firma Lavoratore**

**Firma Tutor Aziendale**



ALLEGATO PER ATTIVITA' " " PRESSO ENTI ESTERNI ALL'ATENEO ( FEB 2024 )

**AGENTI CHIMICI PERICOLOSI specificare:**

NOME AGENTE e N. CAS	SISTEMI DI ASPIRAZIONE LOCALIZZATA	TEMPO DI UTILIZZO min/giorno e giorni/anno	QUANTITA' giornaliera
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**AGENTI MUTAGENI/CANCEROGENI specificare:**

NOME AGENTE e N. CAS	SISTEMI DI ASPIRAZIONE LOCALIZZATA	TEMPO DI UTILIZZO min/giorno e giorni/anno	QUANTITA' giornaliera
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**AGENTI BIOLOGICI specificare:**

NOME SCIENTIFICO e CLASSE DI RISCHIO	LIVELLO DI CONTENIMENTO DEL LABORATORIO

**AGENTI FISICI specificare:**

TIPOLOGIA DI AGENTE FISICO	SPECIFICARE sorgente e tempo di utilizzo
sostanze radioattive/sorgenti radiogene	
campi magnetici statici/campi elettromagnetici	
sorgenti laser/lampade UV	
vibrazioni/rumore	

**AREE ESTERNE specificare**

Tipo di Ambiente	Amb. Ipogeo	Amb. Subacqueo	Pianura	Montagna	altro
Tipologia di attività					

Note: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Responsabile Unict

Firma Lavoratore

Firma Tutor Aziendale