



"MODULO COMUNICAZIONE ATTIVITA'" PRESSO ENTI ESTERNI ALL'ATENEO (FEB 2026)

NOME E COGNOME LAVORATORE/LAVORATRICE _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO DI NASCITA _____ Prov. _____

TIPOLOGIA RUOLO (Tirocinante/Tesista/Borsista/Dottorando/Assegnista/...) _____

(DATA INIZIO ____/____/____ DATA FINE ____/____/____ EMAIL _____ TEL. _____

RESPONSABILE dell'ATTIVITÀ DI DIDATTICA E RICERCA UNICT _____

STRUTTURA DI AFFERENZA (Dipartimento) _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

SEDE delle ATTIVITÀ presso l'ENTE ESTERNO (Come da Convenzione n. _____ del _____)

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 (geologi, archeologi, agronomi, biologi...) ☐ rischio IRRILEVANTE ☐ rischio RILEVANTE*

(*) **Compilare l'allegato SOLO nel caso di rischio RILEVANTE.**

☐ **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/Lavoratrice

Firma Tutor Aziendale



AGENTI CHIMICI PERICOLOSI specificare:

NOME e N. CAS	SISTEMI DI ASPIRAZIONE LOCALIZZATA	TEMPO DI UTILIZZO min/giorno e giorni/anno	QUANTITA' giornaliera
	☐ SI ☐ NO		
	☐ SI ☐ NO		
	☐ SI ☐ NO		
	☐ SI ☐ NO		
	☐ SI ☐ NO		

NOME e N. CAS	SISTEMI DI ASPIRAZIONE LOCALIZZATA	TEMPO DI UTILIZZO min/giorno e giorni/anno	QUANTITA' giornaliera
	☐ SI ☐ NO		
	☐ SI ☐ NO		
	☐ SI ☐ NO		
	☐ SI ☐ NO		
	☐ SI ☐ NO		

Specificare la Temperatura di processo: _____

NOME e GRUPPO DI RISCHIO	LIVELLO DI CONTENIMENTO DEL LABORATORIO

Tipo di Ambiente	Amb. Ipogeo ☐	Scavo ☐	Pianura ☐	Montagna ☐	Serra ☐
-------------------------	---	---------------------------------------	---	--	---------------------------------------

--



ALLEGATO PER ATTIVITA' " PRESSO ENTI ESTERNI ALL'ATENEO (FEB 2026)

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	

(*) Sarà necessario disciplinare gli obblighi previsti dall'art. 112 e 113 D.Lgs. 101/2020. Contattare il SPPR di Ateneo.

Indicare il nome dell'Esperto di Radioprotezione: _____

Luogo e data _____

Firma Responsabile Unict

Firma Lavoratore/Lavoratrice

Firma Tutor Aziendale

A cura del SPPR di Ateneo:

Formazione

D. Lgs. 81/2008:

☐ Espletata

☐ 12 ore

☐ 16 ore

☐ Specifica 8 ore (UD 2/3)

☐ Aggiornamento

☐ Specifica 4 ore (UD 3)

☐ Specifica 4 ore (UD 4)

D. Lgs. 101/2020:

☐ Espletata

☐ Formazione

☐ Aggiornamento

firma:

A cura dell'Ufficio del Medico Competente/Autorizzato di Ateneo:

☐ Obbligo Sorveglianza sanitaria

☐ Non obbligo Sorveglianza sanitaria

firma: