



Al Direttore del Dipartimento di Fisica e Astronomia - Università degli Studi di Firenze

Dichiarazione congiunta di formazione iniziale

Il Lavoratore / La Lavoratrice:

Cognome _____ **Nome** _____

Rapporto di lavoro: _____

Ente con cui il rapporto è stipulato: _____

Durata del rapporto: dal _____ al _____

Indirizzo e-mail: _____

svolgerà attività di studio/ricerca/supporto tecnico presso l'Unità di Ricerca (indicare il Docente Responsabile): _____.

Solo per le attività di laboratorio: l'attività si svolgerà nel laboratorio n: _____ (compilare 1 scheda per ogni locale in cui si svolge l'attività), il cui Responsabile è _____.

Il Lavoratore / La Lavoratrice, in virtù delle attività che svolgerà e dei locali a cui dovrà avere accesso, sarà esposto/a ai seguenti rischi per quanto riguarda la sua salute e la sua sicurezza:

- ☐ Chimico (specificare): _____
- ☐ Biologico (specificare): _____
- ☐ Microorganismi geneticamente modificati (specificare): _____
- ☐ Cancerogeni e mutageni (specificare): _____
- ☐ Rumore (specificarne natura e intensità): _____
- ☐ Movimentazione carichi manuali: _____
- ☐ Radiazioni ottiche artificiali (specificare): _____
- ☐ Campi elettromagnetici (specificare intensità): _____
- ☐ Vibrazioni (specificare): _____
- ☐ Amianto
- ☐ Radiazioni ionizzanti (specificare): _____
- ☐ Liquidi criogenici
- ☐ Altro (specificare): _____

Il Lavoratore / La Lavoratrice è stato/a edotto/a sulle norme di comportamento da adottare a salvaguardia della propria salute e sicurezza, è dotato/a (laddove pertinente) degli appropriati dispositivi di protezione individuale ed è stato/a adeguatamente istruito/a sul loro corretto utilizzo. Gli/le è stata fornita la documentazione di riferimento per l'uso sicuro di macchinari e sostanze (libretti d'istruzioni, ecc) e ha preso visione delle 'Norme di comportamento per la sicurezza e prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro del Dipartimento di Fisica e Astronomia – Sede di Sesto Fiorentino' (<http://www.fisica.unifi.it/vp-140-sicurezza.html>)

Data _____

Firma del Responsabile della ricerca

Firma del Lavoratore

Firma del Responsabile del laboratorio (se persona diversa dal Responsabile della ricerca)
