



Al Servizio Prevenzione e Protezione  
Università degli Studi di Firenze

Al Medico Competente  
Università degli Studi di Firenze

## SCHEDA DI ACCESSO AL DIPARTIMENTO

### Generalità dell'utente

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

#### Qualifica:

##### **- Personale Strutturato**

- Tecnico  
 Ricercatore  
 Docente  
 Altro.....

##### **- Personale Non Strutturato**

- Specializzando  
 Dottorando  
 Assegnista  
 Borsista  
 Contrattista  
 Tirocinante  
 Altro.....

**Durata del contratto (per i non strutturati):** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

#### **Il rapporto di lavoro/studio è istituito con:**

- l'Università degli Studi di Firenze  
 altro Ente (specificare quale): \_\_\_\_\_

**Residenza o Domicilio** \_\_\_\_\_

**Recapito Telefonico** (possibilmente un cellulare) \_\_\_\_\_

**Indirizzo e-mail:** \_\_\_\_\_

**Unità di Ricerca di appartenenza** (indicare il docente responsabile) \_\_\_\_\_

**Progetto di Ricerca:** \_\_\_\_\_

#### **Vaccinazioni**

l'Utente è stato sottoposto a vaccinazioni:

antitetanica  Sì  No

Se Sì specificare data e/o richiamo \_\_\_\_\_

Anti epatite B  Sì  No

Se Sì specificare data e/o richiamo \_\_\_\_\_

Altre Vaccinazioni \_\_\_\_\_



**Eventuali allergie:** \_\_\_\_\_

**Sorveglianza sanitaria**

L'Utente è attualmente sottoposto a sorveglianza sanitaria da parte di:

- questo Ateneo;
- un altro Ente (specificare quale): \_\_\_\_\_.
- Non sono attualmente sottoposto a nessuna sorveglianza sanitaria.

**Rischi lavorativi**

Barrare i rischi che l'attività svolta comporta.

**VDT** (utilizzo del videoterminale per almeno 20 ore alla settimana)

- Sì       No

**Chimico**

- Sì       No

**Biologico**

- Sì       No

In caso di risposta affermativa specificare se si utilizzano campioni di origine umana

**MOGM (microrganismi geneticamente modificati)**

- Sì       No

**Cancerogeni e Mutageni**

- Sì       No

In caso di risposta affermativa indicare:

- 1) Sostanze e/o preparati \_\_\_\_\_
- 2) Quantitativi utilizzati \_\_\_\_\_
- 3) Tempo di esposizione \_\_\_\_\_

**Rumore**

- Sì       No

**Movimentazione manuale carichi**

- Sì       No

**Radiazioni ottiche artificiali**

- Sì       No

In caso di risposta affermativa specificare di quale tipo (es. laser, uva, uvb etc.) \_\_\_\_\_

**Campi elettromagnetici**

- Sì       No



**Vibrazioni**

- Sì             No

**Amianto**

- Sì             No

**Radiazioni ionizzanti**

- Sì             No

In caso di risposta affermativa indicare l'Ente che effettua la radioprotezione:

- Università degli Studi di Firenze  
 I.N.F.N.  
 altro Ente (specificare) \_\_\_\_\_

**Data di compilazione della presente Scheda:** \_\_\_\_\_

Firma dell'Utente

Firma del Responsabile della Ricerca/  
Firma del Responsabile della Struttura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat..... che i dati trasmessi con la compilazione della scheda di accesso, saranno trattati per le finalità della Sorveglianza Sanitaria ai sensi del Regolamento di Ateneo di attuazione del codice di protezione dei dati personali, emanato con Decreto del Rettore n. 449 del 7 luglio 2004, modificato con Decreto del Rettore n. 1177 (79382) del 29 dicembre 2005 e del Regolamento di Ateneo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari in attuazione del d.lgs. 196/2003 emanato con Decreto del Rettore n. 337 (25798) del 15 maggio 2006.

Firma dell'Utente

\_\_\_\_\_