



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.

VDI (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



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DIPARTIMENTO DI
FISICA E ASTRONOMIA

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

...Io... 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