



“MODULO COMUNICAZIONE ATTIVITÀ” PRESSO ENTI ESTERNI ALL’ATENEO (SET 2019)

NOME E COGNOME del LAVORATORE _____

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

TIPOLOGIA DI CONTRATTO _____ (DATA INIZIO ___/___/___ DATA FINE ___/___/___)

EMAIL _____ TEL. _____

RESPONSABILE dell’ATTIVITÀ DI DIDATTICA E RICERCA UNICT _____

STRUTTURA DI AFFERENZA _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

SEDE di LAVORO 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 BASSO rischio MEDIO rischio ELEVATO

attività di laboratorio in cui si usano **AGENTI MUTAGENII:** rischio BASSO rischio MEDIO rischio ELEVATO

attività di laboratorio in cui si usano **AGENTI CANCEROGENI:** rischio BASSO rischio MEDIO rischio ELEVATO

attività di laboratorio in cui è prevista l’uso di **AGENTI FISICI:** rischio BASSO rischio MEDIO rischio ELEVATO

attività di laboratorio in cui è prevista l’uso di **SORGENTI RADIOGENE/SOSTANZE RADIOATTIVE:** rischio BASSO rischio MEDIO rischio ELEVATO

attività di laboratorio in cui è previsto l’uso di **AGENTI BIOLOGICI, di aghi e/o taglienti:** rischio BASSO rischio MEDIO rischio ELEVATO

attività di laboratorio in cui è previsto utilizzo di **ATTREZZATURE:** rischio BASSO rischio MEDIO rischio ELEVATO

sperimentazione su animali vivi: rischio BASSO rischio MEDIO rischio ELEVATO

NOTE

.....

Luogo e data _____

Firma del Responsabile dell’attività dell’Unict

Firma del lavoratore

Firma del Tutor Aziendale