



MODULO COMUNICAZIONE ATTIVITA' DI TIROCINIO PROFESSIONALE IN FARMACIA

CORSI DI LAUREA IN "FARMACIA" E "CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE" - (AGO 2022)

NOME E COGNOME del LAVORATORE _____

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

TIROCINIO DATA INIZIO ____/____/____ DATA FINE ____/____/____

EMAIL _____ TEL. _____

TUTOR ACCADEMICO _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

SEDE del Tirocinio (FARMACIA)

INDIRIZZO _____

TUTOR PROFESSIONALE _____

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.

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 in cui si usano **AGENTI CHIMICI PERICOLOSI**: rischio IRRILEVANTE rischio RILEVANTE*
- attività in cui è previsto l'uso di **AGENTI BIOLOGICI**: rischio IRRILEVANTE rischio RILEVANTE*
- attività in cui è previsto utilizzo di **ATTREZZATURE**: rischio IRRILEVANTE rischio RILEVANTE
- ALTRO (specificare in nota)

(*)Nel caso di rischio RILEVANTE compilare l'allegato.

NOTE
.....
.....
.....

Ho preso 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)

Allega attestati di Formazione ** Non allega attestati di Formazione

() Formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Luogo e data _____

Firma del TUTOR ACCADEMICO

Firma del LAVORATORE

Firma del TUTOR PROFESSIONALE



ALLEGATO PER "ATTIVITÀ DI TIROCINIO PROFESSIONALE" PER IL CORSO DI LAUREA IN FARMACIA (LUG 2022)

AGENTI CHIMICI PERICOLOSI specificare:

NOME AGENTE e N. CAS	SISTEMI DI ASPIRAZIONE LOCALIZZATA	TEMPO DI UTILIZZO min/giorno e giorni/anno	QUANTITA' giornaliera
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

AGENTI BIOLOGICI specificare:

NOME SCIENTIFICO e CLASSE DI RISCHIO	LIVELLO DI CONTENIMENTO DEL LOCALE

Note: _____

Luogo e data _____

Firma del TUTOR ACCADEMICO

Firma del LAVORATORE

Firma del TUTOR PROFESSIONALE