



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff"
Via della Lastruccia, 3
50019 Sesto F.no

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

Nome

Cognome

Codice Fiscale:

Numero di matricola:

Qualifica:

- Personale Strutturato

- Tecnico
- Ricercatore
- Docente
- Altro.....

- Personale Non Strutturato

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

Durata del contratto (indicare la data di scadenza del contratto a tempo determinato o la data approssimativa): _____

Residenza o Domicilio:

Recapito telefonico (possibilmente un cellulare): _____

Indirizzo e-mail: _____

Unità di Ricerca di appartenenza (indicare il docente responsabile): _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff"
Via della Lastruccia, 3
50019 Sesto F.no

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 già sottoposto a sorveglianza sanitaria da parte di questo di questo Ateneo:

SI' NO

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

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 _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff"

Via della Lastruccia, 3
50019 Sesto F.no

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

Data di Compilazione della presente Scheda _____

Firma del Responsabile Scientifico

Firma del Responsabile della Struttura

Firma dell'utente



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff"

Via della Lastruccia, 3
50019 Sesto F.no

...l... 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
