**SCHEDA RISCHI PER ISTITUZIONE CARTELLA SANITARIA TIROCINIO CURRICULARE**

Nominativo: [Cognome e Nome]

Luogo di nascita: [Comune (Prov)]

Via: [Via, Numero]

Città: [Comune (Prov)]

E-mail:

Sesso:

Data di nascita:

Cellulare:

Codice Fiscale:

[ ] M [ ] F

(gg/mm/aaaa)

**DATI ANAGRAFICI TIROCINANTE**

**MEDICO CURANTE DEL TIROCINANTE**

Medico curante: Dott. [Cognome Nome]

Indirizzo: [Via, Numero]

Sede ambulatorio: [Comune (Prov)]

Telefono (se disponibile): Mail:

**DATI AZIENDA (soggetto ospitante)**

Nominativo Azienda: [nome azienda e ragione sociale]

Sede di lavoro del tirocinante: [comune, via, n.civico]

Telefono Azienda: Mail: PEC:

Datore di Lavoro:

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione:

Medico Competente (ove previsto):

Preposto Aziendale che segue il tirocinante:

**DATI DIPARTIMENTO DI AFFERENZA (soggetto promotore)**

Dipartimento: [indicazione per esteso]

Corso di Laurea del tirocinante: [indirizzo di studi del Tirocinante]

Ciclo di studi: [ ] triennale [ ] magistrale [ ] ciclo unico

Anno di corso: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

Telefono segreteria didattica: Mail: PEC:

Tutor didattico che segue il tirocinante:

Durata del tirocinio: dal 00/00/2024 al 00/00/2024

Eventuali sospensioni programmate del tirocinio: dal 00/00/2024 al 00/00/2024

Note:

Si dichiara che Il Sig. [Cognome Nome] in qualità di tirocinante (lavoratore equiparato ai sensi dell’Art.2 comma1 lettera a) afferente al Dipartimento di [Dipartimento] presterà la propria attività all’interno del percorso di tirocinio curriculare presso l’Azienda [Denominazione] e potrà essere esposto ai seguenti fattori di rischio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Potenziali fattori di Rischio a cui è soggetto il tirocinante** | **SI** | **NO** | **Livello di Rischio****Esposizione** |
|  |  |  |  |
| Luoghi di lavoro:(es. ambienti confinati, ambienti sotterranei, inciampo e ostruzione percorsi di emergenza, ecc.) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| MicroclimaStress termico da caldo/freddo |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Lavori in quota:cadute dall’alto, cadute in profondità, attrezzature di sollevamento |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Rischi di natura elettrica:Lavori sotto tensione, lavori su quadri elettrici in tensione |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Utilizzo attrezzature di lavoro con esposizione a infortuni quali tagli, cesoiamento, schiacciamento, impigliamento, trascinamento, urto, abrasione, ecc. |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Organi meccanici e mezzi di trasporto in movimento:(es. urto, investimento, schiacciamento, investimento da mezzi, ecc.) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Utilizzo Videoterminale  |[ ] [ ]  [ ]  < 20 ore/sett[ ]  > 20 ore/sett  |
| Rumore:[ ] <80 dB (A)[ ]  80-85 dB (A)[ ] >85 dB (A)(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Vibrazioni meccanicheSuperiori valori d'azione (mano/braccio 2,5 m/s² - corpo intero 0,5 m/s²) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Campi elettromagnetici |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Radiazioni ottiche di origine artificiale ROASuperiori valori limite - art.215 D.Lgs. 81/2008 |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| LaserSpecificare tipologia e classe\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Radiazioni ionizzanti(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Agenti Chimici e sostanze chimiche pericolose:(es. polveri, fumi, gas, vapori, contatto cutaneo, ingestione, inalazione, ecc.)(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot.176520 del 11/10/2024) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Agenti cancerogeni, mutageni e tossici per la riproduzione specificare quali: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ (Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Presenza di Amianto  |[ ] [ ]  / |
| Agenti biologici specificare gruppo di appartenenza: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ (Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Stress lavoro-correlato  |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Movimentazione manuale dei carichi(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024) |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |
| Altro/rischi specifici specificare quali: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  |[ ] [ ]  [ ]  Quotidianamente[ ]  Frequentemente[ ]  Raramente |

Luogo e Data, xxxx 00/00/2024

 Il Datore di Lavoro dell’Azienda

 o delegato in materia di Salute e Sicurezza

 [ ] DL [ ] RSPP [ ] Dirigente

 (informazione dei rischi presenti)