



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

### **DATI ANAGRAFICI TIROCINANTE**

Nominativo: [Cognome e Nome]	Sesso:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita: [Comune (Prov)]	Data di nascita:	(gg/mm/aaaa)
Via: [Via, Numero]	Cellulare:	
Città: [Comune (Prov)]	Codice Fiscale:	
E-mail:		

### **MEDICO CURANTE DEL TIROCINANTE**

Medico curante: Dott. [Cognome Nome]	Sede ambulatorio: [Comune (Prov)]	
Indirizzo: [Via, Numero]	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:	<input type="checkbox"/> triennale <input type="checkbox"/> magistrale <input type="checkbox"/> ciclo unico	
Anno di corso:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Microclima Stress termico da caldo/freddo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Lavori in quota: cadute dall'alto, cadute in profondità, attrezzature di sollevamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Rischi di natura elettrica: Lavori sotto tensione, lavori su quadri elettrici in tensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Utilizzo attrezzature di lavoro con esposizione a infortuni quali tagli, cesoiamento, schiacciamento, impigliamento, trascinarsi, urto, abrasione, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Organi meccanici e mezzi di trasporto in movimento: (es. urto, investimento, schiacciamento, investimento da mezzi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Utilizzo Videoterminale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> < 20 ore/sett <input type="checkbox"/> > 20 ore/sett
Rumore: <input type="checkbox"/> <80 dB (A) <input type="checkbox"/> 80-85 dB (A) <input type="checkbox"/> >85 dB (A) <small>(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Vibrazioni meccaniche Superiori valori d'azione (mano/braccio 2,5 m/s <sup>2</sup> - corpo intero 0,5 m/s <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Campi elettromagnetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Radiazioni ottiche di origine artificiale ROA Superiori valori limite - art.215 D.Lgs. 81/2008	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Laser Specificare tipologia e classe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Radiazioni ionizzanti <small>(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Agenti Chimici e sostanze chimiche pericolose: (es. polveri, fumi, gas, vapori, contatto cutaneo, ingestione, inalazione, ecc.) <small>(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Agenti cancerogeni, mutageni e tossici per la riproduzione specificare quali: _____ <small>(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Presenza di Amianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Agenti biologici specificare gruppo di appartenenza: _____ <small>(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Stress lavoro-correlato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Movimentazione manuale dei carichi <small>(Non esporre lo Studente secondo circolare UniTS Prot. 176520 del 11/10/2024)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente
Altro/rischi specifici specificare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quotidianamente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> 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)