



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA  
**DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIMICHE BIOLOGICHE  
FARMACEUTICHE ED AMBIENTALI**

Richiesta di autorizzazione temporanea all'accesso al Dipartimento

Si richiede di ammettere tra i frequentatori temporanei del Dipartimento, nelle more di definizione di apposito regolamento, il Sig./Dott. ....  
in qualità di <sup>1</sup> .....  
Presso il laboratorio di .....  
Il periodo di accesso avrà inizio il ..... e avrà termine il .....

Il proponente si impegna a formare e informare il frequentatore sui rischi relativi alla struttura e all'attività che dovrà svolgere.

Il frequentatore dovrà allegare copia di un documento di riconoscimento e, solo per gli osservatori volontari, stipulare apposita polizza assicurativa (da allegare in copia) e accollarsi ogni eventuale richiesta risarcitoria, che dovesse essere rivolta al Dipartimento, per i danni arrecati a cose e/o terzi nel periodo di frequenza del Dipartimento anche in conseguenza di rischi non ricompresi nella polizza assicurativa.

---

<sup>1</sup> Dottorandi o Borsisti che hanno come tutor un docente del Dipartimento e Titolari di Assegno di Ricerca che lavorino in gruppi di ricerca del Dipartimento;  
Studenti in tesi che hanno come relatore un docente del Dipartimento;  
Ospiti, quali, in particolare, Professori o Ricercatori o Dottorandi o Assegnisti di altri Dipartimenti o Università o Enti di Ricerca italiani o stranieri che temporaneamente svolgono attività di ricerca, o cicli di conferenze, o attività didattica nel dipartimento;  
Studenti iscritti ai Corsi di Studio incardinati nel Dipartimento  
Studenti iscritti a Corsi di Studio di altri Dipartimenti, purché abbiano almeno un docente del Dipartimento;  
Studenti stranieri in mobilità internazionale;  
Iscritti a Master che coinvolgono il Dipartimento;  
Osservatori volontari, avendo concluso recentemente un corso di Laurea Magistrale, o un Dottorato di Ricerca, o un Assegno di Ricerca, o una scuola di Specializzazione del Dipartimento e che non risultino titolari di rapporti a qualsiasi titolo con l'Università degli studi di Messina; per un periodo massimo di 3 mesi, eventualmente rinnovabile.  
Tirocinanti laureati avviati al lavoro dall'Università sulla base di apposite convenzioni tra l'Università e aziende o enti pubblici o privati (esempio: stagisti)  
Studenti e docenti di scuola media superiore ed inferiore che accedano ad Dipartimento per progetti "PLS" o altre forme di orientamento verso studi scientifici.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIMICHE BIOLOGICHE  
FARMACEUTICHE ED AMBIENTALI

Dichiarazione di avvenuta formazione ed informazione sulla sicurezza e salute sul luogo di lavoro

Si dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 36 e 37 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. e della normativa connessa sulla sicurezza e salute sul luogo di lavoro, che in occasione di:

inizio collaborazione     variazione di attività/mansioni

il/la Sig./a, dott./ssa..... nat il..... a.....

tel. .... e-mail .....C.F.:

in qualità di:  tesista     dottorando     altro (specificare).....

che opererà presso il laboratorio di ... ..

il cui responsabile è (nome e cognome) .....

è stato formato in merito a:

- Rischi connessi all'attività della struttura; normative e disposizioni universitarie in materia
- Pericoli, rischi specifici e collaterali, cui è esposto con riguardo all'attività svolta
- Misure e attività di prevenzione e protezione adottate
- Procedure di funzionamento del sistema o attrezzatura fonte di rischio
- Pericoli derivanti da sostanze e preparati pericolosi; schede di sicurezza e norme di buona tecnica
- Dispositivi di protezione individuale specifici necessari per l'attività svolta
- Aree ad accesso regolamentato e limiti di esposizione
- Modalità di intervento in caso di pronto soccorso, lotta antincendio e d evacuazione e nominativo degli operatori specificamente incaricati nella struttura

con particolare attenzione ai seguenti fattori di rischio: (barrare i riquadri che interessano)

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> agenti cancerogeni mutageni                                 | <input type="checkbox"/> agenti chimici | <input type="checkbox"/> agenti biologici   | <input type="checkbox"/> rumore                |
| <input type="checkbox"/> incendio ed esplosione                                      | <input type="checkbox"/> gas compressi  | <input type="checkbox"/> liquidi criogenici | <input type="checkbox"/> rischio elettrico     |
| <input type="checkbox"/> campi elettromagnetici                                      | <input type="checkbox"/> gas tossici    | <input type="checkbox"/> macchine utensili  | <input type="checkbox"/> radiazioni ionizzanti |
| <input type="checkbox"/> radiazioni non ionizzanti                                   | <input type="checkbox"/> radiazioni UV  | <input type="checkbox"/> radiazioni laser   | <input type="checkbox"/> uso di videotermini   |
| <input type="checkbox"/> rischi da apparecchiature speciali (specificare) .....      |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare tipologia di rischio e/o attività) ..... |   |   |  |

**Il Responsabile del laboratorio ha verificato personalmente che la formazione e l'informazione è stata recepita in modo sufficiente ed adeguato, con particolare riferimento al posto di lavoro o studio ed alle mansioni svolte dall'interessato.**

Il sottoscritto..... dichiara di aver appreso i contenuti della formazione relativa alla normativa vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

\_\_\_\_\_  
(firma dell'interessato)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIMICHE BIOLOGICHE  
FARMACEUTICHE ED AMBIENTALI

Scheda individuale per la valutazione dell'esposizione potenziale a rischi lavorativi  
(D. Lgs. 81/2008)

**DATI GENERALI**

Cognome:	Nome:		
Data di nascita:	Luogo di nascita	sessu	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Tel	e-mail		
Destinazione lavorativa:	<b>Polo Papardo</b> <input type="checkbox"/>	<b>Polo Annunziata</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Personale strutturato</b> <input type="checkbox"/>	Qualifica:		
<b>Personale non strutturato</b> <input type="checkbox"/>			
Tesista <input type="checkbox"/>	Dottorando <input type="checkbox"/>		
Titolare ass. di ricerca <input type="checkbox"/>	Collaboratore <input type="checkbox"/>		
Altro (specificare) <input type="checkbox"/>			
Laboratorio:	Docente Responsabile:		

**Fattori di rischio per la sicurezza e per la salute:**

**AGENTI BIOLOGICI**

Esposizione presente (compilare l'allegato 1)

Esposizione non presente

<input type="checkbox"/> <b>Impiego deliberato</b>	<input type="checkbox"/> <b>Possibilità di contatto accidentale</b>
<input type="checkbox"/> <b>Agenti biologici classificati</b>	<input type="checkbox"/> <b>Colture cellulari potenzialmente patogene</b>
Descrizione delle attività con rischio esposizione ad agenti biologici: ..... .....	

**AGENTI CHIMICI**

Esposizione presente (compilare l'allegato 2)

Esposizione non presente

<input type="checkbox"/> <b>Sostanze e preparati pericolosi classificati</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sostanze non classificate</b>
Descrizione attività con rischio esposizione a sostanze chimiche: ..... .....	

**AGENTI FISICI**

Esposizione non presente

<b>Rumore</b>	
<input type="checkbox"/> Presenza di sorgenti di rumore	<input type="checkbox"/> Livello di esposizione personale $\geq 80$ dB(A)
<b>Vibrazioni</b>	
<input type="checkbox"/> Vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio	<input type="checkbox"/> Vibrazioni trasmesse al corpo intero
<input type="checkbox"/> Pericoli di natura termica (ustioni)	<input type="checkbox"/> Pericoli di natura elettrica (elettrocuzione)
<b>Radiazioni non ionizzanti</b>	
<input type="checkbox"/> UV, Vis, IR	<input type="checkbox"/> Campi elettromagnetici statici
<input type="checkbox"/> Laser classe $\geq 3A$	<input type="checkbox"/> Campi elettromagnetici dinamici
<input type="checkbox"/> Ultrasuoni	
<b>Radiazioni ionizzanti</b>	
<input type="checkbox"/> Esposto categoria A	<input type="checkbox"/> Esposto categoria B
<input type="checkbox"/> Non esposto (popolazione)	
Descrizione degli strumenti utilizzati: ..... .....	

**Macchine e attrezzature di lavoro** Esposizione non presente

Attrezzature munite di videoterminali	
<input type="checkbox"/> Utilizzo per un tempo inferiore a 20 ore/settimana	<input type="checkbox"/> Utilizzo per un tempo uguale o superiore a 20 ore/settimana

**Ambienti di lavoro** Esposizione non presente

<input type="checkbox"/> Condizioni microclimatiche critiche	<input type="checkbox"/> Lavoro in ambiente esterno	<input type="checkbox"/> Occasionale
		<input type="checkbox"/> Continuato
Descrizione attività e luogo: .....		
.....		

**Altri fattori di rischio** Esposizione non presente

Movimentazione manuale dei carichi		
<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Sistemica	
Fattori psicofisici di disagio		
<input type="checkbox"/> Lavoro notturno	<input type="checkbox"/> Turni di lavoro	<input type="checkbox"/> Contatto con il pubblico
Altri rischi infortunistici		
<input type="checkbox"/> Cadute dall'alto (lavoro in quota)	<input type="checkbox"/> Scivolamenti, cadute a livello	<input type="checkbox"/> Urti, colpi, impatti, compressioni
<input type="checkbox"/> Punture, tagli, abrasioni	<input type="checkbox"/> Particolari rischi di incendio o esplosione	<input type="checkbox"/> Lavoro con animali
<input type="checkbox"/> Altri fattori di rischio .....		
Descrizione attività svolta: .....		
.....		

**5. Dispositivi di protezione individuale utilizzati:**

.....

.....

.....

**6. Sottoscrizione**

<i>Il Responsabile delle Attività Didattiche e di Ricerca</i>	<i>Il Lavoratore</i>
_____	_____

Data di compilazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si autorizza  
Il Direttore del Dipartimento  
(Prof.ssa Nunziacarla Spanò)