**RICHIESTA DI ACCESSO ALL’OAR, ALLE SUE RISORSE E INFORMAZIONI PRINCIPALI AI FINI DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO D.LGS 81/08**

**REFERENTE INTERNO *(Cognome, nome e qualifica)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Interno telefonico/Telefono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Collocazione dell’Ospite individuata? 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no****In caso affermativo, indicare la stanza/luogo**\_\_\_\_\_\_

**GENERALITA’ DELL’OSPITE:**

**Cognome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **sesso󠄞󠄞 M 󠄞󠄞 F**

**qualifica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data di nascita** *(gg/mm/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(tempo indeterminato, tempo determinato, assegnista, borsista, studente, collaboratore, ospite ecc.)*

**data di nascita**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **luogo di nascita**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**nazionalità** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**codice fiscale**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**indirizzo**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**n°** \_\_\_\_\_\_

**città**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**cap**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**stato**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**cellulare/telefono fisso**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ente/Istituto di appartenenza/provenienza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Città**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data inizio permanenza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**data termine permanenza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RISORSE RICHIESTE**

*󠄞* **Badge di ingresso 󠄞** 󠄞󠄞 **Postazione di lavoro**  󠄞󠄞 **Codice allarme edificio principale**  󠄞

󠄞**Altre**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Motivazione:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI SULLA MANSIONE DELL’OSPITE AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI LAVORATIVI E DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA art. 41 Dlgs 81/08** |

**TIPOLOGIA DI LAVORO (RISCHI LAVORATIVI)**

**Attività lavorativa prevalente prevista**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**uso di videoterminali 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no****periodo di utilizzo > 20h/settimana? 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no**

**laboratorio di ottica/IR 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no laboratorio di elettronica 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞no**

**altri laboratori 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no Se si, quali laboratori?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Previste osservazioni notturne 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no In caso affermativo, quanti giorni/anno?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**presso quale Osservatorio/Struttura** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Quota s.l.m.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**previsto uso vettura servizio OAR? 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no previsto uso altri veicoli per fini lavorativi?󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no**

**INFORMAZIONI SUL LUOGO DI LAVORO**

**luogo dove si svolge in prevalenza l’attività lavorativa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**attività lavorative previste in altri luoghi? 󠄝 󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no In quali luoghi?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con quale frequenza/anno? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con quale durata?** *(giorni)***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**sono previste trasferte all’estero per lavoro? 󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no in quali zone o paesi ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con quale frequenza/anno? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con quale durata?** *(giorni)***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRINCIPALI RISCHI PREVISTI NELLO SVOLGIMENTO DELL’ATTIVITA’ LAVORATIVA**

**Uso sostanze chimiche 󠄞󠄞 si 󠄞󠄞 no Uso sostanze biologiche 󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no**

**impiego laser di potenza 󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no > 5mW 󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no impiego materiali radioattivi 󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no**

**uso attrezzature meccaniche di lavoro 󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no Movimentazione manuale dei carichi? 󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no**

**altro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ERGONOMIA VISIVA**

**uso protesi visive?** *(occhiali, lenti a contatto)* **󠄝󠄝 si 󠄝󠄝 no**

***IMPORTANTE:***

*Il referente interno s’impegna, a nome del collaboratore, al rispetto delle norme di funzionamento dell’Istituto. Inoltre, si assume che l’eventuale protrarsi del termine della collaborazione, verrà comunicato all’Amministrazione dell’Osservatorio in tempo utile.*

*Qualora l’Ospite dovesse cambiare mansione o tipologia dei rischi lavorativi a cui è sottoposto, il Referente interno dovrà darne tempestiva comunicazione agli organi preposti alla sicurezza dei luoghi di lavoro ai sensi del D.lgs 81/2008.*

**Monte Porzio Catone, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Il Referente interno dell’Ospite*** |  | *Visto per l’accettazione****Il Direttore dell’INAF-OAR******Dott. Lucio Angelo Antonelli*** |
|  |  |  |
| ***L’R.S.P.P. dell’OAR******Dott. Francesco Massaro*** |  | ***Il Medico competente dell’OAR******Dott. Luca Coppeta*** |