

**INAF**ISTITUTO NAZIONALE
DI ASTROFISICA**Osservatorio Astronomico di Roma**NUOVO CONTRATTO
PROSECUZIONE CONTRATTO
COLLABORATOREDITTA ESTERNA
ALTRO _____**RICHIESTA DI ACCESSO ALL'OAR, ALLE SUE RISORSE E
INFORMAZIONI PRINCIPALI AI FINI DELLA SICUREZZA SUI
LUOGHI DI LAVORO D.LGS 81/08****INFORMAZIONI GENERALI****REFERENTE INTERNO** *(Cognome, nome e qualifica)* _____

Interno telefonico/Telefono _____ Collocazione interna individuata? Si No

In caso affermativo, indicare la stanza/luogo _____

GENERALITA' DELL'OSPITE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Qualifica _____ Data di nascita *(gg/mm/aaaa)* _____
(tempo indeterminato, tempo determinato, assegnista, borsista, studente, collaboratore, ospite, operaio, operatore, ecc.)

Luogo di nascita _____ Nazionalità _____ Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza _____ n° _____ Città _____

Cap _____ Stato _____ Cellulare/telefono fisso _____

Email _____ PEC _____

Ente/Istituto di appartenenza/Ditta _____ Città _____

Data inizio contratto/collaborazione _____ Data termine contratto/collaborazione _____

RISORSE RICHIESTE

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

Codice apertura porte di accesso edificio principale

Altre _____ Motivazione: _____

INFORMAZIONI SULLA MANSIONE DELL'OSPITE AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI LAVORATIVI E DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA art. 41 D D.lgs 81/08

TIPOLOGIA DI LAVORO (RISCHI LAVORATIVI)

Attività lavorativa prevalente prevista _____

Uso di videoterminali? Si No Previsto un utilizzo > 20h/settimana? Si No

Laboratorio di ottica/IR? Si No Laboratorio di elettronica? Si No

Altri laboratori? Si No Se sì, 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 prevalente attività lavorativa _____

Attività lavorativa prevista in altri luoghi? Si No Se sì, 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 81/08.

Monte Porzio Catone, lì _____

Il Referente interno

*Visto per accettazione La
Direttrice dell'INAF-OAR
Dott.ssa Ilaria Ermolli*

*L'R.S.P.P. dell'OAR
Dott. Francesco Massaro*

*Il Medico competente dell'OAR¹
Dott. Luca Coppeta*

¹ Nel caso di personale di ditta esterna o di personale afferente ad altri Enti o Istituti non è necessaria la firma del Medico competente