

SCHEMA VALUTAZIONE RISCHI

- Contrattista Premio Studio Toniolo Assegnista di Ricerca
 Dottorando Tesista Tirocinante altro _____

| | |
|-----------------|-------------|
| Cognome | Nome |
| Rif. telefonico | email |

| | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Unità Operativa di afferenza | | |
| Durata Contratto / Frequenza | dal | al |
| Sede di svolgimento attività: | <input type="checkbox"/> UCSC di Roma | <input type="checkbox"/> altre sedi |

Descrizione sintetica dell'**attività** svolta, nome dell'U.O./Settore/Servizio/Laboratorio ove si svolge l'attività:

Eventuali **attrezzature** utilizzate:

Videoterminale per 20 ore settimanali in modo sistematico o abituale
 Laser (ubicazione, classe e modalità d'uso)
 Microscopio
 Se altre specificare: _____

*Se l'attività prevede l'utilizzo di sostanze pericolose compilare la **Scheda A** e, in presenza di sostanze cancerogene, anche la **Scheda B** (schede disponibili presso il Servizio Prevenzione e protezione -SPP-)*

| | | |
|------|--------|---|
| Data | timbro | Firma Responsabile UO/ Richiedente |
|------|--------|---|

| | | |
|-------------------------------|---|------------------|
| PARTE RISERVATA al SPP | Valutazione rischi professionali : | |
| | Visita medica di Sorveglianza Sanitaria: <input type="checkbox"/> prevista <input type="checkbox"/> non prevista | |
| | Note: _____ | Sigla SPP |