

SCHEDA 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:	☐ UCSC di Roma	☐ 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: ☐ prevista ☐ non prevista	
	Note: _____ _____	Sigla SPP