



MODULO SICUREZZA PER FREQUENZA VOLONTARIA

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

Nato/a il _____ **a** _____ **Prov.** _____

Residente a _____ **CAP** _____ **Prov.** _____

Via _____ **n°** _____ **cellulare** _____

Periodo previsto per la frequenza: da _____ **a** _____

Per n° complessivo ore di frequenza pari a _____

Struttura/servizio della frequenza volontaria _____

1) Attività effettivamente svolta (breve descrizione):

2) Sede/Sedi in cui svolgerà il servizio (1*): _____

3) Principali fattori di esposizione in ambito lavorativo

- Contatto con pazienti /utenti che prevedano:
 - manovre invasive** (es. prelievi, iniezioni, vaccinazioni, cateterismi, suture, aspirazione escreti, ecc.)
 - non invasive** (es. igiene personale, medicazioni, visite mediche, ecc.)
- Contatto con animali (vivi e/o morti) che prevedano:
 - manovre invasive** (es. prelievi, iniezioni, biopsie, ecc.)
 - non invasive** (es. visite mediche, ecc.)
- Manipolazione prodotti potenzialmente infetti e/o rifiuti
- Movimentazione di carichi animati (pazienti)
- Movimentazione di carichi inanimati (no pazienti) > ai 10 Kg < ai 10 Kg
- Agenti atmosferici e/o microclima sfavorevole
- Utilizzo di macchinari, attrezzature ed impianti

Utilizzo abituale di attrezzature munite di VDT (computer, ecc.) ore al giorno _____
ore alla settimana _____

Esposizione a Radiazioni Ionizzanti

Utilizzo di sostanze chimiche pericolose per più del 50% del tempo di frequenza

Altro (specificare) _____

Data

IL/I TUTORS
(firma/e digitale/i)

(1*) Nel caso di più di una sede compilare un modulo per ogni sede