

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

GALVANICA

1 Può descrivere con parole sue la mansione che svolgeva?

2 Con quale frequenza svolgeva queste operazioni?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Giorno | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Settimana | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Mese | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Non so | |

3 Quali altre attività erano presenti oltre a quella principale dell'unità produttiva?

4 Dimensione dell'attività produttiva

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meno di 10 dipendenti | <input type="checkbox"/> 10 - 100 dipendenti |
| <input type="checkbox"/> 100 - 200 dipendenti | <input type="checkbox"/> Oltre 200 dipendenti |

5 Tipo di lavoro

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tempo pieno | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Tempo parziale | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Stagionale _____ | Indicare il n. di mesi/anno _____ |

6 Nome del reparto

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

7 Produzione del reparto

8 Tipo di ambiente di lavoro

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Officina/reparto industriale | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Impianto all'aperto | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Deposito/magazzino | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio artigiano | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | Tempo trascorso (%) _____ |

9 Descrizione del reparto

Dimensioni _____

N. di persone presenti _____

N. di macchinari presenti _____

Tipo di macchinari presenti _____

Fonti di calore _____

Ventilazione _____

10 Quale deposizione ha effettuato?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ramatura | <input type="checkbox"/> Zincatura |
| <input type="checkbox"/> Nichelatura | <input type="checkbox"/> Piombatura |
| <input type="checkbox"/> Cromatura | <input type="checkbox"/> Ossidazione anodica |
| <input type="checkbox"/> Ottonatura | <input type="checkbox"/> Doratura |
| <input type="checkbox"/> Cadmiatura | <input type="checkbox"/> Non specifica |

Altro (specificare) _____

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 Quali delle seguenti attività ha svolto?**11.a Prettattamenti meccanici**

Sì No Non so

Se sì, quale metodo usava?

Sabbiatura Burattatura Spazzolatura Molatura

Quante ore al giorno in media

N. di ore Non so

Quanti giorni al mese era addetto

N. di giorni Sempre Non so

11.b Sgrassaggio

Sì No Non so

Se sì, con quale metodo

Elettronico Sì No Non so

Quante ore al giorno in media?

N. di ore Non so

Quanti giorni al mese era addetto?

N. di giorni Sempre Non so

A solvente Sì No Non so

Se sì, che tipo di sostanza chimica usava?

Trielina/tricloroetilene Percloroetilene/tetracloroetilene

Tricloroetano Cloruro di metilene/diclorometano

Freon/triclorotrifluoroetano

Quante ore al giorno in media?

N. di ore Non so

Quanti giorni al mese era addetto?

N. di giorni Sempre Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 Quali delle seguenti attività ha svolto? (Segue)**11.c Decappaggio** Sì No Non so**Se sì, può specificare?** Acido Basico (con soda)**Quante ore al giorno in media?**N. di ore Non so**Quanti giorni al mese era addetto?**N. di giorni Sempre Non so**11.d Deposizione galvanica** Sì No Non so**Quante ore al giorno in media?**N. di ore Non so**Quanti giorni al mese era addetto?**N. di giorni Sempre Non so**11.e Preparazione bagni** Sì No Non so**Quante ore al giorno in media?**N. di ore Non so**Quanti giorni al mese era addetto?**N. di giorni Sempre Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 Quali delle seguenti attività ha svolto? (Segue)

11.f Post trattamenti meccanici

Sì No Non so

Se sì, può specificare?

Pulitura Lucidatura

Quante ore al giorno in media?

N. di ore Non so

Quanti giorni al mese era addetto?

N. di giorni Sempre Non so

11.g Carico e scarico pezzi

Sì No Non so

Quante ore al giorno in media?

N. di ore Non so

Quanti giorni al mese era addetto?

N. di giorni Sempre Non so

12 Con quali sostanze ricorda di essere stato in contatto?

13 Le vasche erano dotate di aspirazione?

Sì No Non so

14 Le lavorazioni erano di tipo

Manuale Automatico

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

15 Vi era presenza negli ambienti di lavoro di

Fumi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Polveri	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Vapori	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

Se sì, indicarne l'origine

16 Erano in funzione impianti di aspirazione Sì No Non so**17 Usava mezzi di protezione individuale?** Sì No Non so**Se sì, di che tipo?**

- Mascherine semifacciali
- Maschere facciali con filtri intercambiabili
- Maschere in genere
- Guanti in pelle
- Guanti in gomma
- Guanti in amianto
- Guanti in genere
- Grembiuli protettivi
- Tute protettive
- Protettori auricolari in genere

Altro, specificare

In quali lavorazioni?

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

18 Durante lo svolgimento della sua mansione ha lavorato in vicinanza di sorgenti di radiazioni ionizzanti o ha portato una piastrina per misurare l'esposizione a radiazioni?

Sì No Non so

Se sì, può specificare?

19 Vengono/venivano svolte altre operazioni nelle adiacenze del suo posto di lavoro?

Sì No Non so

Se sì, quali?

20 Ha mai sostituito un collega?

Sì No Non so

Se sì, descriva in quali attività, per quanto tempo e con quale frequenza

Tipo di attività _____ Per quanto tempo _____

Frequenza Ogni giorno Indicare il n. di ore _____

Ogni settimana Indicare il n. di ore _____

Ogni mese Indicare il n. di ore _____

Altro, specificare _____

21 Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportare?
