

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

## PARRUCCHIERI, ESTETISTE

### 1 Può descrivere con parole sue la/le mansione/mansioni che svolgeva?

---

---

### 2 Con quale frequenza svolgeva queste operazioni?

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno    | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Ogni settimana | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Ogni 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 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 _____  |

### 5 Tipologia di attività

- Parrucchiere donna
- Parrucchiere/barbiere uomo
- Parrucchiere uomo/donna
- Attività di estetista
- Attività di manicure/pedicure estetica

Altro, specificare \_\_\_\_\_

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**6 Indicare l'orario di apertura del negozio/salone**

Invernale Dalle \_\_\_\_\_ Alle \_\_\_\_\_  
 Estivo Dalle \_\_\_\_\_ Alle \_\_\_\_\_

**7 Può indicare il personale presente nel negozio/salone?**

- Solo il titolare  
 Da 2 a 5 persone (eventualmente compreso il titolare)  
 Più di 5 persone (eventualmente compreso il titolare)

**8 Tipo di ambiente di lavoro**

- Locale unico per shampoo, taglio, piega, phon, decolorazione e colorazione, estetica, cura unghie Tempo trascorso (%) \_\_\_\_\_  
 Locale dedicato per shampoo, taglio colore piega e phon Tempo trascorso (%) \_\_\_\_\_  
 Locale dedicato per preparazione decoloranti e colori Tempo trascorso (%) \_\_\_\_\_  
 Locale dedicato per estetica Tempo trascorso (%) \_\_\_\_\_  
 Locale dedicato per cura unghie Tempo trascorso (%) \_\_\_\_\_  
 Locale dedicato per solarium Tempo trascorso (%) \_\_\_\_\_  
 Altro, specificare \_\_\_\_\_ Tempo trascorso (%) \_\_\_\_\_

**9 Descrizione del negozio/salone**

Dimensioni complessive, in mq \_\_\_\_\_  
 N. medio di clienti trattati nei giorni infrasettimanali \_\_\_\_\_  
 N. medio di clienti trattati nei giorni di punta \_\_\_\_\_  
 N. di macchinari presenti \_\_\_\_\_  
 Tipi di macchinari presenti \_\_\_\_\_  
 Fonti di calore \_\_\_\_\_  
 Ventilazione \_\_\_\_\_

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**10 Può specificare il numero di postazioni presenti nel negozio/salone?**

Postazioni taglio n. \_\_\_\_\_

Postazioni tintura/permanente n. \_\_\_\_\_

**Se le postazioni non sono distinte:**

Postazioni taglio/tintura/permanente n. \_\_\_\_\_

Postazioni lavaggio n. \_\_\_\_\_

**11 La preparazione delle tinture avveniva in un locale separato?**

Sì

No

Non so

**12 C'erano giorni in cui faceva orario continuato?**

Sì

No

Non so

**Se sì, quali?**

Lun

Mar

Mer

Giov

Ven

Sab

Dom

**13 Orientativamente, qual era il numero medio di clienti nei vari giorni della settimana?**

Lun \_\_\_\_\_ Mar \_\_\_\_\_ Mer \_\_\_\_\_ Giov \_\_\_\_\_ Ven \_\_\_\_\_ Sab \_\_\_\_\_ Dom \_\_\_\_\_

**14 Ci può indicare quali delle seguenti operazioni svolgeva e con che frequenza?**

Operazione	Mai	N. volte al giorno	N. volte a settimana	N. volte al mese
Lavaggio				
Tintura				
Permanente				
Colpi di sole				
Taglio				
Stiratura/lisciatura				
Piega				
Lozioni/creme ecc.				
Estetista				
Manicure				
Altro, specificare _____				

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**15 Faceva uso di guanti?**

Sì  No  Non so

**Se sì, di che tipo e con quale frequenza li usava?**

Tipo di guanti	Meno di 1 ora al giorno	1 - 4 ore al giorno	più di 4 ore al giorno
Guanti in lattice			
Guanti in vinile			
Guanti in propilene			
Altri tipi di guanti, specificare			

**16 Ci può dire se per le seguenti operazioni usa i guanti e con che frequenza li cambia?**

Operazione	Uso guanti		Frequenza cambio guanti		
	No	Sì	1 volta a settimana	1 volta al mese	N. volte l'anno
Lavaggio					
Tintura					
Permanente					
Colpi di sole					
Stiratura/lisciatura					
Taglio					
Piega					
Lozioni/creme ecc.					
Altro, specificare					

**17 Si ricorda di aver usato prodotti liscianti per capelli denominati come 'trattamento brasiliano' o in modo simile?**

Sì  No  Non so

**18 Quante volte alla settimana in media eseguiva la colorazione dei capelli usando prodotti coloranti permanenti?**

N. volte \_\_\_\_\_

Parrucchieri, estetiste

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**19 Quali colori usava più frequentemente? E in quali anni?**

Operazione	1950 - 1969	1970 - 1989	1990 - 2009	2010 - oggi
<input type="checkbox"/> Nero				
<input type="checkbox"/> Castano				
<input type="checkbox"/> Biondo				
<input type="checkbox"/> Rosso				
Altro, specificare _____				

**20 Quante volte alla settimana in media esegue la colorazione dei capelli usando prodotti coloranti temporanei (non permanenti?)**

N. volte \_\_\_\_\_

**21 Quali colori usava più frequentemente? E in quale periodo?**

Operazione	1950 - 1969	1970 - 1989	1990 - 2009	2010 - oggi
<input type="checkbox"/> Nero				
<input type="checkbox"/> Castano				
<input type="checkbox"/> Biondo				
<input type="checkbox"/> Rosso				
Altro, specificare _____				

**22 Quali prodotti spray per capelli usava?** Lacche FissantiAltro, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**23 Di quali prodotti per l'asciugatura faceva uso abitualmente?** Arricciacapelli Stiracapelli PhonAltro, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**24 Solitamente a che distanza lavora dai seguenti apparecchi e per quanto tempo?**

Casco per l'asciugatura dei capelli

 Meno di 1 m     Più di 1 m     Specificare m \_\_\_\_\_    Tempo(ore/giorno) \_\_\_\_\_

Phon

 Meno di 1 m     Più di 1 m     Specificare m \_\_\_\_\_    Tempo(ore/giorno) \_\_\_\_\_

Altra apparecchiatura elettrica, specificare \_\_\_\_\_

 Meno di 1 m     Più di 1 m     Specificare m \_\_\_\_\_    Tempo(ore/giorno) \_\_\_\_\_**Ci sono altre apparecchiature elettriche vicino al suo posto di lavoro?**

Se sì, indicare quali \_\_\_\_\_ e a che distanza dalla sua postazione di lavoro \_\_\_\_\_

**25 Può descrivere l'impianto di aerazione presente nel negozio/salone?** Naturale ForzataPresente in tutti i locali     Sì     No     Non soTipo di aerazione     Centralizzata     LocalizzataSe no, specificare in quali locali era presente un sistema di aerazione forzata  
\_\_\_\_\_**26 Se l'aerazione forzata è presente nel locale tinture, specificare il periodo di accensione** Sempre Spesso (più del 50% del tempo di apertura) Saltuariamente

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**27 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del suo posto di lavoro?**

Sì  No  Non so

**Se sì, quali?**

---

---

**28 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 \_\_\_\_\_

Periodo \_\_\_\_\_

Frequenza  Ogni giorno Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Ogni settimana Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Ogni mese Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Altro, specificare \_\_\_\_\_

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

---

---