

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

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

## PREPARAZIONE E COTTURA CIBI

### 1 Può descrivere con parole sue la mansione 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 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

---

### 7 Produzione del reparto

---

Preparazione e cottura cibi

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

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

**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"/> Laboratorio artigiano        | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Deposito/magazzino           | Tempo trascorso (%) _____ |
| 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 Dove lavorava normalmente?**

- Ristorante
- Snack bar
- Fast food
- Mensa
- Azienda di ristorazione collettiva
- Produzione di cibi conservati

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

**11 Lavorava da solo in cucina?**

- Sì                       No                       Non so

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

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

**12 Puliva i forni?**

- Sì  No  Non so

**13 È mai stato addetto alla friggitura?**

- Sì  No  Non so

**Se sì, indicare:**

N. di ore \_\_\_\_\_ N. di ore/giorno \_\_\_\_\_ N. di ore/mese \_\_\_\_\_ N. di ore/anno \_\_\_\_\_

- Raramente  Mai  Non so

**14 Durante lo svolgimento delle operazioni a cui è/era addetto lavorava con macchine o apparecchiature a motore?**

- Sì  No  Non so

**Se sì, può indicare il tipo di macchina?**

---

---

**La macchina era azionata da:**

- Motore elettrico  
 Aria compressa o meccanismi idraulici  
 Motore a scoppio

**Con quale frequenza lavorava alla macchina?**

- Ogni giorno Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_  
 Ogni settimana Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_  
 Ogni mese Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_  
 Non so

**Se la macchina era azionata da un motore elettrico, a quale distanza lei lavorava solitamente?**

- Meno di 1 m  Più di 1 m Specificare (m \_\_\_\_\_)

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

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

**15 Nell'area in cui lei lavora/lavorava si trovano altri macchinari?**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare il tipo di macchinari e a quale distanza si trovano/trovavano da lei**

\_\_\_\_\_ (m) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (m) \_\_\_\_\_

**16 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** \_\_\_\_\_

**17 Erano in funzione impianti di aspirazione?**

Sì  No  Non so

**18 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

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

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

Protettori auricolari in genere

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

**In quali lavorazioni?**

\_\_\_\_\_

**19 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, specificare**

\_\_\_\_\_

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

Sì

No

Non so

**Se sì, quali?**

\_\_\_\_\_

**21 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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_