

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

TRASPORTI (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

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

Trasporti (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

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 (%) _____ |
| 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 Che tipo di veicolo usa/usava?

- Autovettura/taxi
- Pullman/corriera/autobus
- Tram
- Motocarro
- Pulmino
- Autocarro (camion)
- Autoarticolato (TIR)
- Metropolitana
- Altro, specificare _____

Trasporti (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

10 Che tipo di veicolo usa/usava? (segue)

Indicare il tipo di alimentazione

- Benzina
- Gas
- Diesel
- Elettrico

11 Dove svolgeva la sua attività?

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Città | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Autostrada | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Altre strade fuori città | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Magazzino | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Officina | Tempo trascorso (%) _____ |

12 Qual era la sua mansione?

A) GUIDA

- Sì No Non so

Se sì, indicare

- N. di ore/giorno in media _____ Non so
- N. di giorni/mese _____ Sempre Non so

B) BIGLIETTAIO

- Sì No Non so

Se sì, indicare

- N. di ore/giorno in media _____ Non so
- N. di giorni/mese _____ Sempre Non so

C) MANUTENZIONE MECCANICA

- Sì No Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

12 Qual era la sua mansione? (segue)

Se sì, indicare

N. di ore/giorno in media _____

Non so

N. di giorni/mese _____

Sempre

Non so

Se sì, indicare il tipo di manutenzione

Pulizia motore

Al chiuso

All'aperto

Cambio olio

Al chiuso

All'aperto

Freni, frizione

Al chiuso

All'aperto

Altro, specificare _____

Al chiuso

All'aperto

D) MANUTENZIONE CARROZZERIA

Sì

No

Non so

Se sì, indicare

N. di ore/giorno in media _____

Non so

N. di giorni/mese _____

Sempre

Non so

Se sì, indicare il tipo di manutenzione

Lavaggio automezzo

Al chiuso

All'aperto

Piccole riverniciature

Al chiuso

All'aperto

Piccole saldature, specificare il tipo _____

Al chiuso

All'aperto

E) Altra mansione, specificare _____

Sì

No

Non so

Trasporti (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

12 Qual era la sua mansione? (segue)

Se sì, indicare

N. di ore/giorno in media _____

Non so

N. di giorni/mese _____

Sempre

Non so

13 Quali erano i principali materiali trasportati?

14 Effettuava operazioni di carico e scarico?

Sì

No

Non so

Se sì, specificare

All'aperto

Al chiuso

15 Ha mai usato solventi chimici?

Sì

No

Non so

Se sì, di che tipo?

Per quale operazione?

Con quale frequenza?

N. di ore/giorno in media _____

Non so

N. di giorni/mese _____

Sempre

Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

16 Ha mai usato pesticidi?

- Sì No Non so

Se sì, di che tipo?

- Erbicidi
 Insetticidi
 Fumiganti

Altro, specificare _____

17 Vi era presenza nell'ambiente 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

18 Erano in funzione impianti di aspirazione?

- Sì No Non so

19 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

Trasporti (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

19 Usava mezzi di protezione individuale? (segue)

- Guanti in amianto
- Guanti in genere
- Grembiuli protettivi
- Tute protettive
- Protettori auricolari in genere

Altro, specificare _____

In quali lavorazioni?

20 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

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

- Sì No Non so

Se sì, quali?

22 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 _____

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

22 Ha mai sostituito un collega? *(segue)*

Frequenza

Ogni giorno

Indicare il n. di ore _____

Ogni settimana

Indicare il n. di ore _____

Ogni mese

Indicare il n. di ore _____

Altro, specificare _____

23 Oltre a quanto chiesto vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?
