

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

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

## PREPARAZIONE E COTTURA DEI 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 ore/giorno _____ |

**6** Nome del reparto

---

**7** Produzione del reparto

---

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"/> 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 In quale tipo di produzione del comparto lavora/lavorava in questo periodo?**

- 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 la frequenza

N. di ore/giorno \_\_\_\_\_ N. di ore/mese \_\_\_\_\_ N. di ore/anno \_\_\_\_\_ 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 specificare 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 Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

#### 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 nell'ambiente di lavoro di:

Fumi  Sì  No  Non so

Polveri  Sì  No  Non so

Vapori  Sì  No  Non so

**Se sì, indicarne l'origine**

\_\_\_\_\_

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

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

Preparazione e cottura dei cibi

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

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

### 18 Usava mezzi di protezione individuale? (segue)

Tute protettive

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 \_\_\_\_\_

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

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

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

---

---