

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

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

## PORTUALI

### 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?

- Ormeggiatori
- Marinai
- Autisti
- Trattoristi
- Smarcatori
- Officina

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

### 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 _____ |

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

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

**6 Nome del reparto**

\_\_\_\_\_

**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 Quali merci ha prevalentemente movimentato (in percentuale)?**

Rinfusi (caolino, carbone, sabbie, pelli, banane, cellulosa, legname, metalli) \_\_\_\_\_ %

Amianto \_\_\_\_\_ %

Mezzi, auto, camion (navi RO-Ro) \_\_\_\_\_ %

Container \_\_\_\_\_ %

**In quale periodo?** Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

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

**11 A quali merci è stato prevalentemente addetto e per quanto tempo? Indichi il numero di ore al giorno in media e il periodo**

- |  |                        |
|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rinfusi                     | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Caolino                     | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Carbone                     | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Sabbie                      | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelli                       | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Alimenti, specificare _____ | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Cellulosa                   | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Legname                     | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Metalli                     | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Amianto                     | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Mezzi                       | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Auto                        | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Camion                      | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Navi RO-Ro                  | N. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Container                   | N. di ore/giorno _____ |
| Altro, specificare _____                             | N. di ore/giorno _____ |

**12 È stato addetto al magazzino?**

- Sì                                       No                                       Non so

**Se sì, in quale periodo?**                                      Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**13 Indicare le operazioni che ha effettuato e la frequenza**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pulizia manuale dei pavimenti delle stive con utensili | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Pulizie degli impianti                                 | Indicare il n. di ore/giorno _____ |

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

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

**14 Ha operato interventi di manutenzione?**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_  Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

**In che cosa consisteva l'operazione di manutenzione?**


---



---

**15 Usava abiti da lavoro?**

Sì  No  Non so

**Se sì, venivano riposti in armadietti separati dai suoi abiti?**

Sì  No  Non so

**Venivano lavati a casa sua?**

Sì  No  Non so

**16 Vi era presenza in ambienti di lavoro di:**

Fumi  Sì  No  Non so

Polveri  Sì  No  Non so

Vapori  Sì  No  Non so

**Se sì, indicarne l'origine**


---

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

Sì  No  Non so

Portuali

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

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

## 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  
 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?

\_\_\_\_\_

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

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

**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 vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?**

---

---