

## PLASTICA (compreso il poliuretano - PU)

### 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

---

---

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

- Fogli
- Fili
- Tubi e/o altri articoli cavi
- Profilati
- Scatolati
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

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

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

**11** In quale/i reparto/i e/o in che tipo di produzione è/era impegnato in questo periodo? (NOTA PER L'INTERVISTATORE: contrassegnare tutte le fasi del ciclo produttivo in cui il lavoratore è/è stato impegnato)

- Magazzinaggio delle materie prime
- Preparazione e dosatura di ingredienti
  - Liquidi/fluidi
  - In polvere
  - In granuli
- Preparazione e dosatura di frantumi di plastica
- Stampaggio su pressa a compressione
- Stampaggio su pressa a iniezione
- Stampaggio su estrusore/trafilatore
- Stampaggio rotazionale
- Soffiatura
- Spalmatura
- Calandratura
- Lavorazione per colata
- Assemblaggio a freddo
- Assemblaggio a caldo
- Finitura manuale di manufatti
- Serigrafia
- Stampigliatura/punzonatura
- Verniciatura a pennello
- Verniciatura a spruzzo
- Controllo di qualità all'interno dei locali di produzione
- Controllo di qualità e/o attività di ricerca e sviluppo in laboratorio
- Movimentazione interna di materie prime e/o semilavorati e/o prodotti finiti
  - Con carrello elevatore 'muletto'
  - Con transpallet
  - Con altri mezzi meccanici, specificare \_\_\_\_\_
- Magazzinaggio dei prodotti finiti

Plastica (compreso il poliuretano - PU)

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

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

**11 In quale/i reparto/i e/o in che tipo di produzione è/era impegnato in questo periodo? (NOTA PER L'INTERVISTATORE: contrassegnare tutte le fasi del ciclo produttivo in cui il lavoratore è/è stato impegnato) (segue)**

- Spedizione dei prodotti finiti
- Lavori d'ufficio
  - All'interno dei locali di produzione
  - All'esterno dei locali di produzione
- Manutenzione e riparazioni
  - Meccaniche
  - Elettriche
  - Edili
- Pulizie industriali

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

**12 Ricorda di aver usato o comunque personalmente manipolato, in questo periodo, una delle seguenti sostanze? (NOTA PER L'INTERVISTATORE: contrassegnare tutte le sostanze per cui è stata data una risposta positiva, anche a solo a titolo di possibilità)**

- |  |                             |                             |                                 |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Polietilene (PE)                | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Polipropilene (PP)              | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> ABS                             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Resine poliammidiche            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> PVC                             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Polimetacrilato                 | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Resine fenoliche                | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Resine melamminiche             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Resine ureiche                  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Resine epossidiche              | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Resine poliestere               | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Poliuretano (PU)                | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Poliuretano termoplastico (TPU) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Altre resine                    | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Pigmenti in polvere             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

Plastica (compreso il poliuretano - PU)

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

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

**12 Ricorda di aver usato o comunque personalmente manipolato, in questo periodo, una delle seguenti sostanze? (NOTA PER L'INTERVISTATORE: contrassegnare tutte le sostanze per cui è stata data una risposta positiva, anche a solo a titolo di possibilità)**

- |   |                             |                             |                                 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pigmenti in master             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Plastificanti fluidi           | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Cariche inerti in polvere      | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Stabilizzanti a base di piombo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Stabilizzanti a base di cadmio | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Stabilizzanti non specificati  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

**13 All'interno del locale in cui lei lavora/lavorava, circolano/circolavano mezzi di trasporto con motore a scoppio? Se sì, può specificare quali e in quale numero?**

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, può specificare quali e in quale numero?**

Carrelli elevatori ('muletti') diesel                      N. \_\_\_\_\_

Autocarri                      N. \_\_\_\_\_

Altro, specificare \_\_\_\_\_                      N. \_\_\_\_\_

**14 Durante il lavoro in questo periodo, si imbratta/imbrattava parti del corpo e/o indumenti?**

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, per quanto le è possibile specifichi la natura e l'origine del materiale imbrattante**

---

---

**15 Ha svolto lavori di saldatura?**

- Sì                       No                       Non so

**16 Ha svolto lavori di verniciatura/decapaggio/sgrassaggio?**

- Sì                       No                       Non so

Plastica (compreso il poliuretano - PU)

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

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

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

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

**In quali lavorazioni?**

---

Plastica (compreso il poliuretano - PU)

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

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

**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 \_\_\_\_\_

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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_