

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

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

## ORAFI

### 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

---

---

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 quali delle seguenti fasi è stato impiegato?

### A) PREPARAZIONE LEGHE (affinazione, saggiatura e fusione)

- Sì                       No                       Non so

#### Se sì, specificare

N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_  Non soN. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre                       Non so

#### Indicare la mansione svolta e la frequenza

- |                                      |                                 |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Affinazione | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Saggiatura  | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Fusione     | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

Orafi

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

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

**10 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato? (segue)****B) PREPARAZIONE SEMILAVORATI (lavorazioni meccaniche, trattamenti chimico-fisici, lavorazioni chimico-metallurgiche)**
 Sì                                       No                                       Non so
**Se sì, specificare**N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_  Non soN. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre                                       Non so**Indicare la mansione svolta e la frequenza**

<input type="checkbox"/> Laminazione	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Trafilatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Tranciatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Taglio	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Stampaggio	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Imbutitura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Rovesciatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Produzione canna piena	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Produzione catene	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Lavorazioni chimiche/elettrochimiche	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Lavorazioni chimico-metallurgiche (saldatura catena, microfusione, ricottura)	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so

**C) MONTAGGIO E SALDATURA**
 Sì                                       No                                       Non so
**Se sì, specificare**N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_  Non soN. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre                                       Non so**Se sì, che tipo di leghe utilizzava?****Sa se contenevano**
 Cadmio                                       Sì                                       No                                       Non so

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

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

**10 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato? (segue)**

- |                                  |                             |                             |                                 |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zinco   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Argento | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Rame    | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Nichel  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Altro, specificare _____         | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

**D) FINITURA**

- |                             |                             |                                 |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

**Se sì, specificare**

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

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**Indicare i trattamenti meccanici e la frequenza**

- |                                      |                                 |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pulitura    | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Sabbiatura  | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Satinatura  | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Burattatura | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Asciugatura | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

**Indicare i trattamenti chimico-fisici e la frequenza**

- |                                                  |                                 |                                 |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lavaggio con detersivi  | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Lavaggio con ultrasuoni | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Lavaggio con solventi   | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Lavaggi combinati       | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Decapaggio              | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Brunitura               | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Anticatura              | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Smaltatura              | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

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

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

**10 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato? (segue)****Indicare i trattamenti galvanici e la frequenza**

<input type="checkbox"/> Sgrassatura elettrolitica	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Doratura a spessore	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Doratura flash	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Argentatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Rodiatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Nichelatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Ramatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Brillantatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so

**E) OPERAZIONI AUSILIARIE E DI SUPPORTO (controllo, confezione)**

Sì                       No                       Non so

**Se sì, specificare**

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

**F) MAGAZZINO**

Sì                       No                       Non so

**G) SPEDIZIONE**

Sì                       No                       Non so

**11 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**


---

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

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

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

- Sì  No  Non so

**13 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?**

\_\_\_\_\_

**14 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**

\_\_\_\_\_

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

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

**15** Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del suo posto di lavoro? Sì  No  Non so**Se sì, quali?**  
\_\_\_\_\_**16** 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 \_\_\_\_\_

**17** Oltre a quanto chiesto vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_