

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

INDUSTRIA – QUESTIONARIO PROFESSIONALE GENERALE

(da utilizzare solo se non è presente un questionario più specifico)

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 o reparto industriale | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Impianto all'aperto | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sala quadri/comandi | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cantiere | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cantiere navale o porto | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Deposito/magazzino | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio chimico | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio artigiano | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ufficio | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ospedale | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ristorante/bar | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Negozio | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> A casa | 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 Descrizione della mansione svolta

Operazioni svolte _____

Mansioni svolte _____

Frequenza _____

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

10 Descrizione della mansione svolta (segue)

Materiale e macchinari utilizzati _____

Modi di utilizzo _____

11 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

Se la macchina era azionata da un motore elettrico, a quale distanza lavorava solitamente?

Meno di 1 m Più di 1 m Specificare (m _____)

12 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) _____

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

13 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**14 Ha mai usato pesticidi?**

Sì No Non so

Se sì, specificare Erbicidi Insetticidi Fumiganti

Altro, specificare _____

15 Vi era presenza nell'ambiente di lavoro di:Fumi Sì No Non soPolveri Sì No Non soVapori Sì No Non so**Se sì, indicarne l'origine**

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

16 Erano in funzione impianti di aspirazione?

- Sì No Non so

17 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?

18 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° _____

19 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del vostro posto di lavoro? Sì No Non soSe sì, quali?
_____**20** 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 _____

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