

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 so**Se 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?\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_