

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

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

## ESERCIZIO FERROVIARIO (compresa la manutenzione di linee)

### 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

---

Esercizio ferroviario (compresa la manutenzione di linee)

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

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

## 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?

- Convogli - conduzione
- Convogli - altri lavori a bordo come 'personale viaggiante'
- Mezzi d'opera - conduzione e/o utilizzo (comprese la posa e/o la rimozione di ballast per massiccianti)
- Stazioni
- Officine
- Magazzini/depositi
- Manutenzione e/o riparazione di linee e/o impianti lungo-linea
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

## 11 Svolge/svolgeva anche turni notturni in questo periodo?

- Sì, in media \_\_\_\_\_ turni notturni all'anno       No       Non so

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

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

## 12 È mai stato addetto a una o più delle operazioni di seguito specificate?

### A) CONDUZIONE DI MOTRICI ELETTRICHE

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### B) CONDUZIONE DI MOTRICI DIESEL

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### C) CONDUZIONE DI MOTRICI A VAPORE

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### D) MANUTENZIONE E/O RIPARAZIONE DI IMPIANTI DI RISCALDAMENTO E/O RAFFRESCAMENTO SUI ROTABILI

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### E) MANUTENZIONE E/O RIPARAZIONE DI IMPIANTI ELETTRICI SUI ROTABILI

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

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

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

## 12 È mai stato addetto a una o più delle operazioni di seguito specificate? (segue)

### F) MANUTENZIONE E/O RIPARAZIONE DI LINEE ELETTRICHE, CABINE ELETTRICHE E ALTRI IMPIANTI ELETTRICI A TERRA

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### G) PULIZIA E/O DISINFEZIONE DI ROTABILI, SIA COME PERSONALE VIAGGIANTE SIA COME PERSONALE DI STAZIONE DURANTE LA SOSTA DEI CONVOGLI

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### H) SPRUZZATURA DI ERBICIDI LUNGO LINEA

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

## 13 Ricorda di aver usato o comunque personalmente manipolato, in questo periodo, una o più 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)

Amianto compatto (sindanio e/o simili)  Sì  No  Non so

Amianto in 'cartone' o simili  Sì  No  Non so

Amianto in fibre libere e/o polvere  Sì  No  Non so

Fibre minerali artificiali (lana di vetro e/o di roccia e/o simili)  Sì  No  Non so

Pietrisco ('ballast') per massicciate di colore verdastro  Sì  No  Non so

Vernici  Sì  No  Non so

Solventi  Sì  No  Non so

Detergenti e/o disinfettanti  Sì  No  Non so

Esercizio ferroviario (compresa la manutenzione di linee)

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

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

**14 All'interno del locale in cui lei lavora/lavorava, circolano/circolavano mezzi di trasporto con motore a scoppio?**

Sì  No  Non so

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

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

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

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

**15 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**

---

---

**16 Ha svolto lavori di saldatura?**

Sì  No  Non so

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

Sì  No  Non so

**18 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**

---

---

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

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

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

- Sì  No  Non so

**20 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?**

\_\_\_\_\_

**21 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° \_\_\_\_\_

## 22 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del vostro posto di lavoro?

Sì  No  Non so

**Se sì, quali?**

\_\_\_\_\_

## 23 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 \_\_\_\_\_

## 24 Oltre a quanto chiesto, vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_