

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

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

## ELETTRICISTI

### 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

---

Elettricisti

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 dell'ambiente/locale

Dimensioni \_\_\_\_\_

N. di persone presenti \_\_\_\_\_

N. di macchinari presenti \_\_\_\_\_

Tipo di macchinari presenti \_\_\_\_\_

Fonti di calore \_\_\_\_\_

Ventilazione \_\_\_\_\_

## 10 Qual era il suo tipo di attività?

### A) ELETTRICISTA CIVILE (realizzazione di impianti in edilizia civile)

 Sì                       No                       Non so

#### Se sì, indicare

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

### B) ELETTRICISTA INDUSTRIALE (realizzazione e manutenzione di impianti industriali)

 Sì                       No                       Non so

#### Se sì, indicare

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

### C) ADDETTO PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE ELETTRICITÀ

 Sì                       No                       Non so

#### Se sì, indicare

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

Elettricisti

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

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

### 10 Qual era il suo tipo di attività? (segue)

**D) Altro, specificare** \_\_\_\_\_

Sì  No  Non so

**Se sì, indicare**

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

### 11 Eseguiva operazioni su trasformatori a olio?

Sì  No  Non so

**Se sì, indicare**

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

**Era addetto alla verifica del livello e del potere dielettrico?**

Sì  No  Non so

**Quale olio utilizzava?**

\_\_\_\_\_

**Utilizzava l'olio anche per altri usi (ad es. pulizia delle mani)?**

Sì  No  Non so

**Se sì, quali?**

\_\_\_\_\_

### 12 Faceva uso di sigillanti e solventi?

Sì  No  Non so

**Se sì, quali?**

\_\_\_\_\_

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

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

**13 Utilizzava altre sostanze?**

Sì  No  Non so

**Se sì, quali?**

---

**14 Eseguiva lavori sotto tensione o in prossimità di linee di tensione?**

Sì  No  Non so

**Se sì, indicare**

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

**Di quali tensioni si trattava?** (indicare anche più di un valore in volt e la distanza dal conduttore)

\_\_\_\_\_ volt Distanza (specificare se in m o cm) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ volt Distanza (specificare se in m o cm) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ volt Distanza (specificare se in m o cm) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ volt Distanza (specificare se in m o cm) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

**15 Se era elettricista industriale indichi l'attività dell'unità produttiva**


---



---

**16 Se era addetto alla produzione e distribuzione di elettricità chiedere se lavorava in uno dei seguenti impianti:**

**Lavorava in una centrale elettrica?**

Sì  No  Non so

**Se sì, indicare**

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

**Se sì, specificare il tipo di centrale e la frequenza**

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

Elettricisti

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

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

**16** Se era addetto alla produzione e distribuzione di elettricità chiedere se lavorava in uno dei seguenti impianti: *(segue)*

- |   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Termoelettrica         | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Nucleare               | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Su caldaie e/o turbine | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Su generatori          | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

**Operava in sottostazioni di trasformazione?**

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, indicare**

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

**Operava nella posa e manutenzione di linee elettriche?**

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, indicare**

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

**Operava nella costruzione e manutenzione di organi di distribuzione?**

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, indicare**

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

**17** Durante lo svolgimento delle operazioni a cui è/era addetto lavorava con macchine o apparecchiature a motore?

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, può indicare il tipo di macchina?**


---



---

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

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

## 17 Durante lo svolgimento delle operazioni a cui è/era addetto lavorava con macchine o apparecchiature a motore? (segue)

### 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 \_\_\_\_\_)

### Per quanto tempo?

- N. ore/settimana \_\_\_\_\_ N. ore/mese \_\_\_\_\_  Non so

## 18 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) \_\_\_\_\_

## 19 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 |

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

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

## 19 Vi era presenza nell'ambiente di lavoro di: (segue)

**Se sì, indicarne l'origine**

---

---

## 20 Erano in funzione impianti di aspirazione

Sì  No  Non so

## 21 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?**

---

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

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

**22** 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

\_\_\_\_\_

**23** Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del suo posto di lavoro?

- Sì                       No                       Non so

Se sì, quali?

\_\_\_\_\_

**24** 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 \_\_\_\_\_

**25** Oltre a quanto chiesto, vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_