

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

COSTRUZIONE, RIPARAZIONE, DEMOLIZIONE DI MATERIALE ROTABILE

FERROVIARIO (per chi lavorava in stazione, a bordo di treni o lungo linee ferroviarie usare la scheda '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

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 quale tipo di produzione del comparto lavora/ha lavorato in questo periodo?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Carrozze passeggeri | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |
| Carrozze letto | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |
| Vagoni postali | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |
| Mezzi d'opera | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |
| Carri refrigeranti | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |
| Motrici elettriche | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |
| Motrici diesel | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |
| Motrici a vapore | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |
| Altro, specificare _____ | <input type="checkbox"/> Costruzione | <input type="checkbox"/> Riparazione | <input type="checkbox"/> Demolizione |

Costruzione, riparazione, demolizione di materiale rotabile ferroviario

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 Quale era la tipologia di stabilimento in cui lavorava?

- Fabbrica di rotabili nuovi
- Officina grandi riparazioni (OGR)
- Deposito locomotive (DL)
- Squadra rialzo (SR)

Altro, specificare _____

12 Ha mai lavorato in uno dei seguenti reparti di una fabbrica di materiale rotabile ovvero officina ovvero deposito o simili?

Fonderia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Falegnameria	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Officina meccanica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Officina di verniciatura	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

13 In quale/i reparto/i e/o in che tipo di produzione lei è/era impegnato in questo periodo?

- Magazzinaggio delle materie prime
- Lavori di fonderia
- Assemblaggio e/o smontaggio del telaio
- Assemblaggio e/o smontaggio della sovrastruttura
- Assemblaggio e/o smontaggio delle pannellature interne
- Assemblaggio e/o smontaggio degli arredi
- Interventi su parti elettriche
- Verniciatura a pennello
- Verniciatura a spruzzo
- Coibentazione a spruzzo
- Controllo di qualità all'interno dei locali di produzione
- Movimentazione interna di materie prime e/o semilavorati e/o prodotti finiti
 - con carrello elevatore 'muletto'
 - con transpallet
 - con altri mezzi meccanici _____

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

13 In quale/i reparto/i e/o in che tipo di produzione lei è/era impegnato in questo periodo? (segue)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavori d'ufficio | <input type="checkbox"/> all'interno |
| | <input type="checkbox"/> all'esterno dei locali di produzione |
| <input type="checkbox"/> Manutenzione e riparazioni di struttura e/o impianti dello stabilimento | <input type="checkbox"/> meccaniche |
| | <input type="checkbox"/> elettriche |
| | <input type="checkbox"/> edili |
| <input type="checkbox"/> Pulizie industriali | |
| Altro, specificare _____ | |

14 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) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Amianto in 'cartone' o simili | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Amianto in fibre libere e/o polvere | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Fibre minerali artificiali (lana di vetro e/o di roccia e/o simili) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Vernici | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Solventi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Detergenti e/o disinfettanti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

15 All'interno del locale in cui lei lavora/lavorava, circolano/circolavano mezzi di trasporto con motore a scoppio? Se sì, può specificare quali e in quale numero?

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Carrelli elevatori ('muletti') diesel | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Autocarri | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Motrici elettriche | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Motrici diesel | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Motrici a vapore | N. _____ |
| Altro, specificare _____ | N. _____ |

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

16 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

17 Ha svolto lavori di saldatura?

Sì No Non so

18 Ha svolto lavori di verniciatura/decapaggio/sgrassaggio?

Sì No Non so

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

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

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

21 Usava mezzi di protezione individuale? (segue)

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?

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?

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

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?

