

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

CHIMICA DI BASE

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

Chimica di base

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/ha lavorato in questo periodo?

- Fabbricazione di gas industriali
- Fabbricazione di coloranti e pigmenti
- Fabbricazione di altri prodotti chimici di base inorganici
- Fabbricazione di altri prodotti chimici di base organici
- Fabbricazione di concimi e di composti azotati
- Fabbricazione di materie plastiche in forme primarie e scambiatori di ioni a base di polimeri
- Fabbricazione di gomma sintetica in forme primarie
- Fabbricazione di pesticidi e di altri prodotti chimici per l'agricoltura
- Fabbricazione di pitture, vernici e smalti, inchiostri da stampa e mastici
- Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base, medicinali e preparati farmaceutici
- Fabbricazione di saponi, detersivi e detergenti, di prodotti per la pulizia e la lucidatura
- Fabbricazione di profumi e prodotti per toletta

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

10 In quale tipo di produzione del comparto lavora/ha lavorato in questo periodo? (segue)

- Fabbricazione di esplosivi
- Fabbricazione di colle e gelatine
- Fabbricazione di oli essenziali
- Fabbricazione di prodotti chimici per uso fotografico
- Fabbricazione di supporti preparati per la registrazione audio, video, informatica
- Fabbricazione di fibre sintetiche e artificiali

Altro, specificare _____

11 Svolge/ha svolto una o più di una delle seguenti operazioni?

A) CARICO E/O SCARICO DI MATERIE PRIME

- Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

B) CARICO E/O SCARICO DI SOLVENTI

- Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

C) CARICO E/O SCARICO DI PRODOTTI FINITI

- Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

D) PESATURA

- Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 Svolge/ha svolto una o più di una delle seguenti operazioni? (*segue*)**E) FILTRAZIONE** Sì No Non so**Se sì, indicare**N. di ore/settimana (in media) _____ Non so**F) PRELIEVO E TRASPORTO DI CAMPIONI** Sì No Non so**Se sì, indicare**N. di ore/settimana (in media) _____ Non so**G) ANALISI CHIMICA DI CAMPIONI** Sì No Non so**Se sì, indicare**N. di ore/settimana (in media) _____ Non so**H) MANUTENZIONE MECCANICA E/O IDRAULICA** Sì No Non so**Se sì, indicare**N. di ore/settimana (in media) _____ Non so**I) MANUTENZIONE ELETTRICA** Sì No Non so**Se sì, indicare**N. di ore/settimana (in media) _____ Non so**L) MANUTENZIONE EDILE** Sì No Non so**Se sì, indicare**N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 Svolge/ha svolto una o più di una delle seguenti operazioni? (segue)

M) PULIZIA DI FILTRI

Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

N) ALTRE OPERAZIONI DI PULIZIA INDUSTRIALE

Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

O) MOVIMENTAZIONE INTERNA DI MATERIE PRIME E/O SEMILAVORATI E/O PRODOTTI FINITI

Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

Se sì, specificare il mezzo usato

Carrello elevatore 'muletto' Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana in media _____ Non so

Transpallet Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana in media _____ Non so

Altri mezzi meccanici, specificare _____ **Indicare**

N. di ore/settimana in media _____ Non so

P) LAVORI D'UFFICIO

Sì No Non so

Se sì, indicare

N. di ore/settimana (in media) _____ Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 Svolge/ha svolto una o più di una delle seguenti operazioni? (*segue*)**Se sì, specificare**All'interno Sì No Non so**Se sì, indicare**N. di ore/settimana in media _____ Non soAll'esterno degli ambienti di produzione Sì No Non so**Se sì, indicare**N. di ore/settimana in media _____ Non so

Altro, specificare _____

Se sì, indicareN. di ore/settimana in media _____ Non so**12** In quale/i reparto/i e/o in che tipo di produzione lei è/era impegnato in questo periodo? (NOTA PER L'INTERVISTATORE: contrassegnare tutte le fasi del ciclo produttivo in cui il lavoratore è/è stato impegnato)Reparto di produzione al chiuso Sì No Non soSala - comandi Sì No Non soLaboratorio di controllo di qualità Sì No Non soLaboratorio di ricerca Sì No Non soDeposito/magazzino al chiuso Sì No Non soArea d'impianto in luogo aperto/piazzale Sì No Non soOfficina di manutenzione Sì No Non so

Altro, specificare _____

13 Ricorda se tra le materie prime e/o gli intermedi del ciclo produttivo dell'impianto a cui è/è stato addetto vi sia/vi sia stata presenza di una o più delle sostanze di seguito elencate?Cloruro di vinile monomero (CVM) Sì No Non soAcrilnitrile Sì No Non soButadiene Sì No Non soStirene Sì No Non soBenzene Sì No Non soToluene Sì No Non soFormaldeide Sì No Non so

Chimica di base

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

13 Ricorda se tra le materie prime e/o gli intermedi del ciclo produttivo dell'impianto a cui è stato addetto vi sia/vi sia stata presenza di una o più delle sostanze di seguito elencate? (segue)

Epicloridrina	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Bisfenolo - A	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Isocianati	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Piombo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Cromo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Cobalto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Cadmio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Mercurio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Amianto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Talco	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Quarzo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Silice amorfa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

14 Nel caso in cui effettui e/o abbia effettuato operazioni di manutenzione di qualunque genere, in che modo queste vengono/venivano condotte?

A impianto in funzione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
A impianto fermo non bonificato	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
A impianto fermo e bonificato	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

15 Effettuava lavori di coibentazione e/o decoibentazione?

Con impiego e/o rimozione di amianto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Con impiego e/o rimozione di fibre ceramiche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Con impiego e/o rimozione di lana di roccia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Con impiego e/o rimozione di lana di vetro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Con impiego e/o rimozione di altri coibenti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

Se sì, specificare il tipo di coibente

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

16 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? Carrelli elevatori ('muletti') diesel N. _____ Autocarri N. _____

Altro, specificare _____ N. _____

17 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**

18 Ha svolto lavori di saldatura? Sì No Non so**19 Ha svolto lavori di verniciatura/decapaggio/sgrassaggio?** Sì No Non so**20 Vi era presenza in ambienti 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° _____

21 Erano in funzione impianti di aspirazione?

- Sì No Non so

22 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?

23 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° _____

24 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del suo posto di lavoro? Sì No Non soSe sì, quali?
_____**25** 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 _____

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