

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

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

## CANTIERISTICA NAVALE

### 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"/> Impianto all'aperto          | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Officina/reparto industriale | 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 quali delle seguenti fasi è stato impiegato?

### SETTORE COSTRUZIONI

#### A) COSTRUZIONE SCAFO E SOVRASTRUTTURE

 Sì                       No                       Non so

#### Se sì, specificare

N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_  Non soN. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre                       Non so

#### Indicare la mansione svolta

- |   |                                 |                                 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ricezione materiali              | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Taglio e sagomatura              | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Prefabbricazione                 | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Assemblaggio blocchi sullo scafo | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

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

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

**10 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato? (segue)****B) ASSEMBLAGGIO SCAFO E SOVRASTRUTTURE**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

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

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

**Indicare la mansione svolta**

<input type="checkbox"/> Installazione giunto bimetallico	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Imbarco sovrastrutture	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Calettatura sovrastrutture	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Allineamento con i giunti	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Saldatura	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so

**C) COMPLETAMENTO SCAFO E SOVRASTRUTTURE**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

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

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

**Indicare la mansione svolta**

<input type="checkbox"/> Raddrizzatura sovrastrutture	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Controllo saldature	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Preparazione superfici	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> Primerizzazione	N. di ore/giorno in media _____	<input type="checkbox"/> Non so

**D) COSTRUZIONE ALBERI E ATTREZZATURA VELICA**

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° \_\_\_\_\_

**10 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato? (segue)****Indicare la mansione svolta**

- |  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ricezione materiale         | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Costruzione componentistica | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Assemblaggio                | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Saldatura e molatura        | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Primerizzazione             | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

**E) ALLESTIMENTO**

- |                             |                             |                                 |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

**Se sì, specificare**

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

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**SETTORE ALLESTIMENTO****A) PICCOLA PITTURAZIONE INTERNA SCAFO**

- |                             |                             |                                 |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

**Se sì, specificare**

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

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**B) COIBENTAZIONE INTERNA SCAFO**

- |                             |                             |                                 |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

**Se sì, specificare**

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

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**C) IMPIANTO ELETTRICO**

- |                             |                             |                                 |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

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

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

## 10 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato? (segue)

### Se sì, specificare

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

Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

Sempre

Non so

### D) IMPIANTO GENERALE (idraulico, nafta, antincendio, oleodinamica)

Sì

No

Non so

### Se sì, specificare

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

Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

Sempre

Non so

### E) IMPIANTO VENTILAZIONE E CONDIZIONAMENTO

Sì

No

Non so

### Se sì, specificare

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

Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

Sempre

Non so

### F) ARREDAMENTO GENERALE INTERNO E SALA MACCHINE

Sì

No

Non so

### Se sì, specificare

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

Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

Sempre

Non so

### G) VARO

Sì

No

Non so

### Se sì, specificare

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

Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

Sempre

Non so

### H) PROVE IN BANCHINA

Sì

No

Non so

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

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

**10 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato? (segue)****Se sì, specificare**

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

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**I) PROVE IN MARE** Sì No Non so**Se sì, specificare**

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

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**J) STUCCATURA E CARTEGGIATURA ESTERNA** Sì No Non so**Se sì, specificare**

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

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**K) PITTURA ESTERNA** Sì No Non so**Se sì, specificare**

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

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**L) MONTAGGIO RIVESTIMENTO PONTI SCOPERTI IN TEAK** (taglio listelli e posa in opera, sgrassaggio della coperta metallica, incollaggio listelli, spianatura, apertura canali, sigillatura (calafataggio), spianatura e rifinitura) 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° \_\_\_\_\_

## 10 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato? (segue)

### M) COIBENTAZIONE INTERNA SCAFO

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### N) MONTAGGIO ACCESSORI, ILLUMINAZIONE E APPARECCHIATURE NAVIGAZIONE

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

## 11 Durante qualche fase lavorativa utilizzava solventi?

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare il tipo

\_\_\_\_\_

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

## 13 Vi era presenza negli ambienti di lavoro di:

Fumi  Sì  No  Non so

Polveri  Sì  No  Non so

Vapori  Sì  No  Non so

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

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

**13** Vi era presenza negli ambienti di lavoro di: *(segue)***Se sì, indicarne l'origine**  

---

**14** Erano in funzione impianti di aspirazione? Sì  No  Non so**15** 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° \_\_\_\_\_

**16** 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**

---

---

**17** Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del vostro posto di lavoro?

- Sì  No  Non so

**Se sì, quali?**

---

**18** 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 \_\_\_\_\_

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

---

---

