

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

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

## **CALZATURE E RELATIVE PARTI E ACCESSORI** (esclusa la fabbricazione di calzature, suole e tacchi in gomma e in plastica)

**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

---

Calzature e relative parti e accessori (esclusa la fabbricazione di calzature, suole e tacchi in gomma e in plastica)

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'impianto

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?

- Progettazione, sviluppo e produzione di modelli
- Fabbricazione completa di calzature
- Officina/reparto industriale
- Taglio di componenti di tomaie e/o fodere e/o rinforzi in tela e/o sottopiedi ovvero solette
- Fabbricazione di tomaie per scarpe/orlatura/giunteria
- Fabbricazione di soles
- Fabbricazione di tacchi e soprattacchi
- Montaggio
- Lavorazione del fondo
- Finissaggio e guarnitura
- Fabbricazione di accessori per scarpe (fibbie, passanti, anelli, occhielli, ecc.)
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

Calzature e relative parti e accessori (esclusa la fabbricazione di calzature, soles e tacchi in gomma e in plastica)

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

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

## 11 In quali delle seguenti fasi è stato impiegato?

### A) MODELLERIA

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### B) TAGLIO

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

### C) GIUNTERIA

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

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

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

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

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

### D) PREPARAZIONE SUOLA E TACCO

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° \_\_\_\_\_

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

### Indicare la mansione svolta

- |  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tranciatore           | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Masticiatore          | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Altre fasi meccaniche | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

### Usava colle?

- Sì                       No                       Non so

### Se sì, indicare

- A base acquosa  
 A base di solventi

Altro, specificare \_\_\_\_\_

### E) MONTAGGIO

- 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"/> Preparatore                                       | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Montatore o calzolaio                             | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Masticiatore della tomaia                         | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Molatore  | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Masticiatore delle suola e sottopiede             | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Fasciatore e fissatore del tacco                  | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Pressatore, fresatore, pomiciatore e spolveratore | N. di ore/giorno in media _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

### Usava colle?

- Sì                       No                       Non so

### Se sì, indicare

- A base acquosa  
 A base di solventi

Altro, specificare \_\_\_\_\_

Calzature e relative parti e accessori (esclusa la fabbricazione di calzature, soles e tacchi in gomma e in plastica)

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

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

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

### F) RIFINITURA

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

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

#### Usava solventi?

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare il tipo

---

### G) MAGAZZINO

Sì  No  Non so

### H) ADDETTO A PIÙ REPARTI

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare quali

---

### I) CALZOLAIO (in bottega)

Sì  No  Non so

## 12 Ricorda in questo periodo di aver usato o personalmente manipolato:

Solventi  Sì  No  Non so

Collanti  Sì  No  Non so

Mastici  Sì  No  Non so

Tinte per pellami  Sì  No  Non so

Altra sostanza, specificare \_\_\_\_\_

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

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

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

Sì  No  Non so

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

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

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

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

**14 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:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15 Ha svolto lavori di saldatura?**

Sì  No  Non so

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

Sì  No  Non so

**17 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**

\_\_\_\_\_

**CALZATURE E RELATIVE PARTI E ACCESSORI**  
(esclusa la fabbricazione di calzature, soles e tacchi in gomma e in plastica)

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

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

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

- Sì  No  Non so

**19 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?**

\_\_\_\_\_

**20 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, può specificare?**

\_\_\_\_\_

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

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

## 21 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 \_\_\_\_\_

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

---

---