

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

AGRICOLTURA E ALLEVAMENTO ANIMALE

1 Può descrivere con parole sue la mansione che svolgeva?

2 Dimensione dell'attività produttiva

Meno di 10 dipendenti

10 - 100 dipendenti

100 - 200 dipendenti

Oltre 200 dipendenti

3 Tipo di lavoro

Tempo pieno

Indicare il n. di ore/giorno _____

Tempo parziale

Indicare il n. di ore/giorno _____

Stagionale _____

Indicare il n. di ore/giorno _____

4 In quali ambienti ha lavorato? (Specificare il nome dell'azienda e l'indirizzo)

Azienda _____

Indirizzo _____

Dal _____ al _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Dal _____ al _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Dal _____ al _____

5 Qual era la sua posizione?

	Fisso	Stagionale	Salariato	Giornaliero
Mezzadro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bracciante/salariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coltivatore diretto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contoterzista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaio agricolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agricoltura e allevamento animale

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

6 Quale tipo di coltura praticava?

	Uso vendita			Uso familiare		
Cereali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Vite	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Olivo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Barbabietola da zucchero	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Agrumi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Soia/girasole	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Fragole	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Melo, pero	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Pesco, albicocco, susino, ciliegio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Vivai in genere	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Ortaggi da seme	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Fiori	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Altro, specificare _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

7 Quali operazioni svolge abitualmente?

Preparazione miscela	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Trattamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Assistenza al trattamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Pulizia attrezzatura			
a fine trattamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
rientro colture	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
nei terreni trattati	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

Se sì, dopo quante ore rientrava in coltura?

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

8 Ha mai utilizzato oppure (nel caso avesse fatto esclusivamente mansioni di rientro) sa se sono mai stati utilizzati nella ditta i seguenti prodotti?

Insetticidi Sì No Non so
 Periodo Dal _____ al _____
 Mediamente per quanti giorni all'anno? _____
 E per quali colture? _____

Fungicidi Sì No Non so
 Periodo Dal _____ al _____
 Mediamente per quanti giorni all'anno? _____
 E per quali colture? _____

Erbicidi Sì No Non so
 Periodo Dal _____ al _____
 Mediamente per quanti giorni all'anno? _____
 E per quali colture? _____

9 Quali mezzi venivano usati di solito nel corso dei trattamenti?

Irroratrici a lancia Sì No
 Irroratrici spalleggiate Sì No
 Atomizzatori Sì No
 Barre irroratrici Sì No
 Impolveratrici Sì No
 Trattori con cabina Sì No
 Trattori senza cabina Sì No
 Altro, specificare _____

10 Venivano allevati animali nelle aziende in cui ha lavorato?

Sì No Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

10 Venivano allevati animali nelle aziende in cui ha lavorato? (segue)

Se sì, può indicare quali e quanti animali venivano allevati, la dimensione e il periodo dell'allevamento?

Bovini	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ al ____
Ovini	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ al ____
Suini	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ al ____
Avicolo	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ al ____
Cavalli	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ al ____
Conigli	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ al ____
Altro, specificare _____				

11 La stalla o gli ambienti in cui gli animali venivano allevati si trovavano

- Nella casa, specificare dove _____
- Vicino alla casa
- Lontano dalla casa
- Non so

12 Sono stati fatti trattamenti sugli animali o nelle stalle con insetticidi?

- Sì
- No

Se sì, specificare	Animali			Stalle o ambienti in cui gli animali sono allevati		
Per quanti giorni l'anno (in tutto)?	_____			_____		
Di solito applicava lei i trattamenti?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Era lei ad applicare o mescolare le miscele di insetticidi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

In che modo veniva fatto il trattamento?

A mano con pennellature	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Pompa a spalla	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Atomizzatori a spalla	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Altro, specificare _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

13 è stata mai usata la formaldeide/formalina?

- Sì No Non so

Se sì, in quali periodi?

Dal _____ Al _____ Dal _____ Al _____ Dal _____ Al _____ Dal _____ al _____

In che modo veniva usata?

14 Entrava nella stalla dopo il trattamento?

- Sì No Non so

Se sì, per quale motivo?

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 _____

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

15 Usava mezzi di protezione individuale? (segue)

In quali lavorazioni?

16 Quali altri lavori era solito fare nelle aziende in cui ha lavorato?

Pulizia delle macchine Sì No Non so

Manutenzione delle macchine Sì No Non so

Lavori di falegnameria Sì No Non so

Se sì, specificare che tipo di lavori

Altro, specificare _____

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