

**AGENTI BIOLOGICI: REGISTRO DEGLI ESPOSTI E DEGLI EVENTI ACCIDENTALI - DATI INDIVIDUALI -**  
(Art. 87 - d.lgs. 626/94 come modificato da d.lgs. 242/96)

|  |                      |                   |                         |
|--|----------------------|-------------------|-------------------------|
| <b>Spazio da compilare solo nella fase della comunicazione di variazioni intervenute nei dati del lavoratore</b> |                      |                   | Data (GG/MM/AAAA) _____ |
| Ditta - Ragione sociale _____  | Codice fiscale _____ | Partita Iva _____ |                         |
| Sede legale _____  |                      |                   |                         |
| Sede territoriale _____  |                      |                   |                         |

**Lavoratore esposto - uso deliberato agenti biologici gruppi 3, 4**

|                      |                 |                         |                                    |   |
|----------------------|-----------------|-------------------------|------------------------------------|---|
| Codice fiscale _____ | Cognome _____   | Nome _____              | Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____ | Sesso<br><input type="radio"/> M <input type="radio"/> F      |
| Comune _____         | Provincia _____ | Domicilio: Comune _____ | Provincia _____                    | Cambiato<br><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

**Attività lavorativa**

| Num. prog. | Cod. Class. Prof. Istat | Mansione | Attività svolta - Breve descrizione (1) | Gruppo (2) | Riportare la denominazione degli agenti biologici solo per quelli non presenti nelle specifiche per la compilazione | Data inizio (3) | Data fine (3) |
|------------|-------------------------|----------|---|------------|---|-----------------|---------------|
|            |                         |          |   |            |   |                 |               |
|            |                         |          |   |            |   |                 |               |
|            |                         |          |   |            |   |                 |               |
|            |                         |          |   |            |   |                 |               |
|            |                         |          |   |            |   |                 |               |
|            |                         |          |   |            |   |                 |               |
|            |                         |          |   |            |   |                 |               |
|            |                         |          |   |            |   |                 |               |

(1) - Descrizione dell'effettiva attività lavorativa correlata con la mansione.

(2) - Riportare il codice relativo all'agente dal quale dipende l'esposizione. Consultare le specifiche per la compilazione.

(3) - Indicare la data di inizio e fine dell'attività comportante l'esposizione.

**Esposizione dovuta a eventi accidentali**

| Data | Tipo di evento accidentale (4) | Descrizione della causa e delle circostanze dell'esposizione | Provvedimenti assunti (5) |
|------|--------------------------------|--|---------------------------|
|      |                                |  |                           |
|      |                                |  |                           |
|      |                                |  |                           |
|      |                                |  |                           |
|      |                                |  |                           |
|      |                                |  |                           |
|      |                                |  |                           |
|      |                                |  |                           |

Data cessazione attività lavorativa \_\_\_\_\_

Firma del datore di lavoro \_\_\_\_\_

(4) - Es: ferite da taglio e da punta, contatto accidentale con mucose, caduta in materiale infetto, graffi, morsi, ecc. Riportare, ove noto, codifica agente biologico.

(5) - Indicare sia i provvedimenti di carattere individuali (profilassi, monitoraggio clinico, ecc.) che di carattere collettivo (formazione, procedure, mezzi di protezione, ecc.) motivati dallo specifico evento

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: [www.inail.it](http://www.inail.it) > [privacy](#)

Modulo aggiornato al 12/10/2017