

## SCHEDA GENERICA - INDUSTRIA/ARTIGIANATO

Scheda relativa all'impiego svolto nel periodo.....

Presso l'Azienda.....Indirizzo.....

Azienda attiva o chiusa?..... N° totale di addetti.....

### RAPPORTO DI LAVORO

rapporto continuativo	<input type="checkbox"/>	rapporto stagionale	<input type="checkbox"/>	mesi nell'anno.....
a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	a tempo parziale	<input type="checkbox"/>	giorni/settimana <input type="checkbox"/> ore/giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
straordinari abituali	<input type="checkbox"/>	ore/settimana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

TIPI DI PRODUZIONE/PRODOTTI FINITI.....

### REPARTI IN CUI HA OPERATO:

denominazione.....tipi di produzione.....%tempo.....

denominazione.....tipi di produzione.....%tempo.....

denominazione.....tipi di produzione.....%tempo.....

denominazione.....tipi di produzione.....%tempo.....

TIPO DI AMBIENTE DI LAVORO (Reparto):

		% del tempo di lavoro
--	--	-----------------------

officina o reparto industriale	<input type="checkbox"/>	.....
--------------------------------	--------------------------	-------

impianto all'aperto	<input type="checkbox"/>	.....
---------------------	--------------------------	-------

sala quadri/comandi	<input type="checkbox"/>	.....
---------------------	--------------------------	-------

cantiere	<input type="checkbox"/>	.....
----------	--------------------------	-------

deposito/magazzino	<input type="checkbox"/>	.....
--------------------	--------------------------	-------

laboratorio	<input type="checkbox"/>	.....
-------------	--------------------------	-------

laboratorio artigiano	<input type="checkbox"/>	.....
-----------------------	--------------------------	-------

ufficio	<input type="checkbox"/>	.....
---------	--------------------------	-------

reparto sanitario	<input type="checkbox"/>	.....
-------------------	--------------------------	-------

ristorante/bar	<input type="checkbox"/>	.....
----------------	--------------------------	-------

negozio	<input type="checkbox"/>	.....
---------	--------------------------	-------

a casa	<input type="checkbox"/>	.....
--------	--------------------------	-------

altro.....		.....
------------	--	-------

**DESCRIZIONE DEL REPARTO IN CUI LAVORAVA** (compilare una Scheda per ogni reparto)

n° persone presenti.....dimensioni.....volumetria.....

n° e tipi di macchinari.....

fonti di calore.....

Ventilazione.....

(specificare se naturale o artificiale; se naturale indicare il tipo di finestre)

**DESCRIZIONE DELLA MANSIONE/ATTIVITA' SVOLTA:**

operazioni svolte e loro frequenza:.....

materiali e/o macchinari utilizzati con modalità di utilizzo.....

Nelle lavorazioni da lei svolte ha utilizzato prodotti contenenti

**Cromo** SI  NO  NON SO   
Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Composti del Cromo** SI  NO  NON SO   
Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Nichel** SI  NO  NON SO   
Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Composti del Nichel** SI  NO  NON SO   
Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Formaldeide** SI  NO  NON SO   
Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Tipo di attività eventualmente svolta da altri nelle vicinanze:**

.....  
.....

**Hai mai rimpiazzato qualche volta un collega? Descriva in quali attività, per quanto tempo e con quale frequenza:**

.....  
.....

**Erano in funzione impianti di aspirazione?    SI     NO     NON SO**

se sì di che tipo .....

da quando?.....

secondo lei erano efficienti? .....

**Nell'ambiente di lavoro erano presenti:**

Fumi    SI  NO  NON SO

Polveri    SI  NO  NON SO

Vapori    SI  NO  NON SO

se si indicarne l'origine:.....  
.....

**Usava protezioni personali?    SI  NO  NON SO**

se sì di che tipo .....

e da quando?.....

e per quali lavorazioni? .....

**Chi eseguiva le pulizie?.....**

**Con che modalità venivano svolte le pulizie?.....**

Erano eseguite durante il turno di lavoro?    SI  NO  NON SO

Veniva utilizzata aria compressa?    SI  NO  NON SO

Usava i DPI durante le pulizie?    SI  NO  NON SO

**Durante le pulizie veniva utilizzata segatura?    SI  NO  NON SO**

Chi la utilizzava?.....

Con che modalità?.....

Veniva utilizzata durante il turno di lavoro?    SI  NO  NON SO

Usava i DPI durante le pulizie con segatura?    SI  NO  NON SO

Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportare?

.....

.....

.....

## **Elenco schede MANSIONE-SPECIFICA**

1. Scheda specifica-LEGNO
2. Scheda specifica-CONCIA
3. Scheda specifica-CALZATURE
4. Scheda specifica-FORESTALI
5. Scheda specifica-AGRICOLTURA ED ALLEVAMENTO ANIMALE

## 1.Scheda mansione-specifica

### LEGNO

Scheda relativa all'impiego svolto nel periodo.....

Presso l'Azienda.....Indirizzo.....

Azienda attiva o chiusa?..... N° totale di addetti.....

#### RAPPORTO DI LAVORO

rapporto continuativo  rapporto stagionale  mesi nell'anno.....

a tempo pieno  a tempo parziale  giorni/settimana  ore/giorno

straordinari abituali  ore/settimana

TIPI DI PRODUZIONE/PRODOTTI FINITI.....

.....

Descrizione generale dell'ambiente di lavoro

.....

Suddivisione in reparti e/o attività

.....

I reparti erano fra loro separati? **SI**  **NO**  **NON SO**

**Se si, con che tipo di separazioni?.....**

.....

Descrizione dell'ambiente di lavoro?

n° addetti.....dimensioni.....**volumetria**.....

**Ventilazione**.....

**(specificare se naturale o artificiale; se naturale indicare il tipo di finestre)**

La sua postazione era delimitata da pannelli o pareti di separazione fissi o mobili?.....

Tipi di macchinari e numero

.....  
.....  
.....

Tipo di attività/mansione svolta (descrizione dei compiti effettivamente svolti)

.....  
.....  
.....

Macchine e materiali utilizzati

.....  
.....  
.....

Eventuali lavori insoliti o particolari, frequenza e durata

.....  
.....  
.....

Tipo di attività eventualmente svolta da altri nelle vicinanze

.....  
.....  
.....

Dove ha lavorato?

- in segheria            SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

- in produzione di pannelli:

**di compensato**      SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**di truciolare**      SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**di MDF**            SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**impiallacciati**    SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**nobilitati**        SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

- **in produzione di mobili**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in produzione di infissi**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in produzione di caravan**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in produzione di fusti per divano**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in produzione di sedie**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in produzione di pavimenti e rivestimenti**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in produzione barche in legno**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in produzione imballaggi**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in posa e manutenzione di pavimenti e/o rivestimenti (palchettista) in legno**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **in allestimento/montaggio e manutenzione di strutture in legno**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **falegname manutentore**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so
  
- **altro (specificare).....**    SI  NO  NON SO   
     Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Solitamente dove lei ha lavorato quali legni venivano lavorati e quali lei ha usato?**

LEGNO TENERO		NON SO <input type="checkbox"/>		LEGNO DURO		NON SO <input type="checkbox"/>		
	Lavorato	usato		Lavorato	usato		Lavorato	usato
- abete bianco (abies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- acero (acer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- abete rosso (picea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- betulla (betula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cedro (chamaecyparis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- carpino bianco (carpinus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cipresso (cupressus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- castagno (castanea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- larice (laryx)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ciliegio (prunus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- duglasia (pseudotsuga menziesii)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- faggio (fagus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pino (pinus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- frassino (fraxinus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sequoia (sequoia sempervirens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- noce (juglans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- abete canadese (tsuga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- noce americano (carya)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tuia (thuja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- olmo (ulmus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- ontano (alnus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- pioppo tremulo (populus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- platano (platanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- quercia (quercus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- salice (salix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- tiglio (tilia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- afrormosia (pericopsis elata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- ebano (diospyros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- iroko (chlorophora excelsa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- legno di balsa (ochroma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- legno di kauri (agathis australis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- legno di limba (terminalia superba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- legno di meranti (shorea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- mogano d'africa (khaya)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- noce mansonia (mansonia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- obeche (triplochiton scleroxylon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- palissandro (dalbergia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- palissandro brasiliano (dalbergia nigra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- rimu o pino rosso (dacrydium cupressinum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- teak (tectona grandis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- toulipier (liriodendron tulipifera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- panforte, truciolare

lavorato

usato

NON SO

- altro .....

lavorato

usato

NON SO

**Su quali macchine utensili ha di solito lavorato?**

NON SO

- seghe a nastro
- toupies
- pomiatrici
- seghe circolari
- frese
- levigatrici
- altro

Specificare.....

**Effettuava operazioni di carteggiatura?**

SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Effettuava operazioni di verniciatura?**

SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

con quali vernici?

- vernici poliestere
- vernici poliuretatiche
- vernici alla nitro
- vernici all'acqua
- altre.....
- non so

**Nell'azienda si eseguivano trattamenti antimuffa?** SI  NO  NON SO

Se sì in che modo?

- Autoclave
- Per impregnazione a pannello
- A immersione
- Non so

**Quali sostanze venivano usate?**

- arsenico
- mercurio
- clorofenoli
- altro.....
- non so

**Preparava i bagni per i trattamenti antimuffa?**

SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Ha effettuato operazioni utilizzando:**

pannelli di compensato    SI  NO  NON SO

pannelli di truciolare    SI  NO  NON SO

pannelli di MDF    SI  NO  NON SO

pannelli impiallacciati    SI  NO  NON SO

pannelli nobilitati    SI  NO  NON SO

altro, specificare.....    SI  NO  NON SO

Con quali modalità? (descrivere).....  
.....  
.....

Con che frequenza?.....

**Utilizzava dispositivi di protezione individuale per l'apparato respiratorio?**    SI  NO  NON SO

In particolare usava le mascherine?    SI  NO  NON SO

Sai di che tipo?    Di carta  Di plastica con filtri

Per quale lavorazione utilizzava le protezioni?.....

Periodo di utilizzo?.....

Ogni quanto tempo le mascherine venivano sostituite?.....

Tipo.....

Tipo.....

Tipo.....

**L'ambiente di lavoro era polveroso?**    SI  NO  NON SO

Le polveri da quale lavorazione provenivano?.....  
.....

C'era un impianto di aspirazione localizzato funzionante, in particolare per le polveri?    SI  NO  NON SO

Se si, di che tipo?  
.....  
.....

Quando è stato utilizzato? dal / /  al / /

**La bocchetta era vicino al punto di sviluppo delle polveri dove lei lavorava?**

SI  NO  NON SO

Se sì, a che distanza da lei? Circa cm.

Come era posizionato rispetto al suo volto?

più in alto

più in basso

lateralmente

di fronte

Secondo lei l'aspirazione funzionava? SI  NO  NON SO

Se no indicarne il motivo.....  
.....

Le polveri raccolte con l'impianto di aspirazione erano convogliate?

all'interno dell'ambiente di lavoro SI  NO  NON SO

all'esterno SI  NO  NON SO

**Era lei a fare le pulizie dell'impianto di raccolta delle polveri?** SI  NO  NON SO

Se si specificare come?.....  
.....

Ci può descrivere infine come veniva effettuata la pulizia dell'ambiente:

.....  
.....

Erano eseguite durante il turno di lavoro? SI  NO  NON SO

Veniva utilizzata aria compressa? SI  NO  NON SO

**Durante le pulizie veniva utilizzata segatura?** SI  NO  NON SO

Chi la utilizzava?.....

Con che modalità?.....

Veniva utilizzata durante il turno di lavoro? SI  NO  NON SO

Nelle operazioni di pulizia venivano usati mezzi di protezione individuale? SI  NO  NON SO

Ha mai rimpiazzato qualche volta un collega? Descriva in quale attività, per quanto tempo e con quale frequenza:

.....  
.....  
.....

Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportate?

.....  
.....  
.....

## 2.Scheda mansione-specifica

### CONCIA

Scheda relativa all'impiego svolto nel periodo.....

Presso l'Azienda.....Indirizzo.....

Azienda attiva o chiusa?..... N° totale di addetti.....

#### RAPPORTO DI LAVORO

rapporto continuativo  rapporto stagionale  mesi nell'anno.....

a tempo pieno  a tempo parziale  giorni/settimana  ore/giorno

straordinari abituali  ore/settimana

#### Tipologia del processo produttivo (tipo di produzione/prodotti finiti; precisare se ciclo integrato o singole lavorazioni per conto terzi)

.....  
.....  
.....

Tipo di pelli lavorate:

bovine

caprine

pelli in pelo di pregio

Descrizione dell'ambiente di lavoro?

n° addetti.....dimensioni.....volumetria.....

Ventilazione.....  
(specificare se naturale o artificiale; se naturale indicare il tipo di finestre)

Tipi di macchinari e numero

.....  
.....  
.....

Tipo di attività/mansione svolta (descrizione dei compiti effettivamente svolti)

.....  
.....  
.....



**Che prodotti ha usato per la disinfezione?**

- arsenico
- mercurio
- formaldeide
- clorofenoli
- non so

**Ha effettuato trattamenti conservativi delle pelli?**

SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Ha effettuato taglio e rifilatura di pelli grezze?**

SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**Ha effettuato il carico di pelli grezze in bottale?**

SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

**B) BOTTALE**

SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Mansione svolta:

- bottalista di riviera
- bottalista di concia e riconcia
- bottalista di concia e riconcia e tintura
- bottalista di riviera concia e riconcia e tintura
- bottalista di riconcia e tintura
- addetto a tutte le fasi del bottale
- altro.....
- non so

Era esposto ad uno o più dei seguenti agenti:

- tannini vegetali
- tannini sintetici
- tannini misti
- concianti al cromo
- altro.....
- Non so

**E' stato addetto a:**

Rinverdimento SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Calcinazione SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Depilazione SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Decalcinazione/maceraazione SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Sgrassaggio (\*) SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Pickel SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Concia al cromo SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Concia al vegetale SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Riconcia SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Tintura SI  NO  NON SO  Se SI, come.....  
Altro.....SI  NO  NON SO  Se SI, come.....

**(\*) Era esposto a solventi e/o sgrassanti:** SI  NO  NON SO

Se si: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Benzene   
Kerosene   
Trielina/tricloroetilene   
Tetracloruro di carbonio   
Altro.....  
Non so

**C) HA EFFETTUATO LE SEGUENTI LAVORAZIONI A UMIDO:**

Messa a cavalletto SI  NO  NON SO   
Scarnatura SI  NO  NON SO   
Spaccatura SI  NO  NON SO   
Rasatura SI  NO  NON SO   
Smerigliatura SI  NO  NON SO   
Palissonatura SI  NO  NON SO   
Messa a vento SI  NO  NON SO   
Ingrassatura SI  NO  NON SO  Se SI, come.....

**D)RIFINIZIONE**

Se si: numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Mansione svolta:

rifinitore chimico   
tamponatore   
spruzzatore   
rifinitore meccanico   
addetto a tutte le fasi della rifinizione   
altro.....  
non so



**Utilizzava dispositivi di protezione individuale per l'apparato respiratorio?** SI  NO  NON SO

In particolare usava le mascherine? SI  NO  NON SO

Sa di che tipo? Di carta  Di plastica con filtri

Per quale lavorazione utilizzava le protezioni?.....

Periodo di utilizzo?.....

Ogni quanto tempo le mascherine venivano sostituite?.....

Tipo.....

Tipo.....

Tipo.....

**Chi eseguiva le pulizie?.....**

**Con che modalità e frequenza venivano svolte le pulizie?.....**

Erano eseguite durante il turno di lavoro? SI  NO  NON SO

Veniva utilizzata aria compressa? SI  NO  NON SO

Usava i DPI durante le pulizie? SI  NO  NON SO

**Durante le pulizie veniva utilizzata segatura? SI  NO  NON SO**

Chi la utilizzava?.....

Con che modalità e frequenza?.....

Veniva utilizzata durante il turno di lavoro? SI  NO  NON SO

Usava i DPI durante le pulizie con segatura? SI  NO  NON SO

Quali altre lavorazioni venivano svolte nelle adiacenze del vostro posto di lavoro?

.....  
.....  
.....

Ha mai rimpiazzato qualche volta un collega? Descriva in quale attività, per quanto tempo e con quale frequenza:

.....  
.....  
.....

Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportate?

.....  
.....  
.....

### 3.Scheda mansione-specifica

#### CALZATURE

Scheda relativa all'impiego svolto nel periodo.....

Presso l'Azienda.....Indirizzo.....

Azienda attiva o chiusa?..... N° totale di addetti.....

#### RAPPORTO DI LAVORO

rapporto continuativo	<input type="checkbox"/>	rapporto stagionale	<input type="checkbox"/>	mesi nell'anno.....
a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	a tempo parziale	<input type="checkbox"/>	giorni/settimana <input type="checkbox"/> ore/giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
straordinari abituali	<input type="checkbox"/>	ore/settimana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

#### Specializzazione dell'impresa per tipologia di calzature?

Calzature   
Pantofole  in pelle  stoffa   
Mocassini   
Calzature sportive   
Calzature in legno

#### Tipologia di attività di impresa/prodotti finiti

Produzione di calzature complete in:

cuoio   
pelle   
gomma

Produzione di parti e accessori per calzature:

Tomaie	pelle <input type="checkbox"/>	stoffa <input type="checkbox"/>	altro.....
Suole	cuoio <input type="checkbox"/>	gomma <input type="checkbox"/>	altro.....
Contrafforti/sottopiedi	sughero <input type="checkbox"/>	pelle <input type="checkbox"/>	gomma <input type="checkbox"/>
Tacchi	cuoio <input type="checkbox"/>	legno <input type="checkbox"/>	altro.....

Altro.....

Descrizione generale dell'ambiente di lavoro

.....  
.....  
.....



**IN QUALI DELLE SEGUENTI FASI DI LAVORAZIONE/REPARTI E' STATO IMPIEGATO:**

**1)PRODUZIONE CALZATURE**

SI  NO  NON SO

Se si: numero giorni/settimana  ore/giorno  mesi/anno  non so

Modellaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giunteria/orlatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montaggio tomaia e suola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finissaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifinitura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magazzino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In GIUNTERIA ha svolto attività di:

spaccatore

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

scarnitore

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

preparatore/orlatore

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Usava colle? SI  NO  NON SO

Se si: a base acquosa  a base di solventi  altro.....

Come avveniva l'applicazione?  a pennello  a rullo

con dispensatore a collo d'oca  altro.....

Cosa utilizzava per la pulizia delle mani?.....

La postazione di lavoro era aspirata? SI  sotto il piano di lavoro  con cappa superiore

NO

cucitore a macchina

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

ha svolto contemporaneamente mansioni diverse? SI  NO  NON SO

Se SI,quali.....

Nel MONTAGGIO TOMAIA/SUOLA ha svolto attività di:

masticatore/incollatore della tomaia alla soletta

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

montatore o calzolaio

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

raspatore/molatore/smerigliatore

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Le macchine che utilizzava erano aspirate SI  NO  NON SO

Se SI, i sacchi contenenti la polvere aspirata venivano svuotati e riutilizzati? SI  NO  NON SO

Chi eseguiva questa operazione?.....

masticatore/incollatore di colla e sottopiede

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

fasciatore e fissatore del tacco

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

pressatore

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Usava colle? SI  NO  NON SO

Se si: a base acquosa  a base di solventi  altro.....

Come avveniva l'applicazione?  a pennello  a rullo

con dispensatore a collo d'oca  altro.....

Cosa utilizzava per la pulizia delle mani?.....

La postazione di lavoro era aspirata? SI  sotto il piano di lavoro  con cappa superiore

NO

Era presente la manovia? SI  NO  NON SO

Se si la postazione di incollaggio era aspirata? SI  NO  NON SO

Nel FINISSAGGIO ha svolto attività di:

pomiciatore suole e spolveratore

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

coloratore suole/bordi

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Usava solventi? SI  NO  NON SO

Se si, specificare che tipo.....

## 2)PRODUZIONE SUOLE

SI  NO  NON SO

Se si: numero giorni/settimana  ore/giorno  mesi/anno  non so

Tranciatura cuoio e affini

Cardatura/raspatura

Fresatura

Finitura

Quale di queste macchine ha utilizzato?

fresatrice

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

raspatrice

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

cardatrice

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

altro

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Le macchine che utilizzata erano aspirate?

SI  NO  NON SO

Se si, i sacchi contenente la polvere aspirata venivano svuotati e riutilizzati? SI  NO  NON SO

Chi eseguiva questa operazione?.....

Usava colle? SI  NO  NON SO

Se si: a base acquosa  a base di solventi  altro.....

Come avveniva l'applicazione?  a pennello  a rullo

con dispensatore a collo d'oca  altro.....

Cosa utilizzava per la pulizia delle mani?.....

La postazione di lavoro era aspirata? SI  sotto il piano di lavoro  con cappa superiore

NO

**3)PRODUZIONE TACCHI**  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  mesi/anno  non so

- Tranciatura
- Cardatura
- Molatura/raspatura
- Fresatura
- Altro

Quale di queste macchine ha utilizzato?

fresatrice

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

raspatrice

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

smerigliatrice

numero giorni/settimana  ore/giorno  non so

Le macchine che utilizzata erano aspirate? SI  NO  NON SO

Se sì, i sacchi contenente la polvere aspirata venivano svuotati e riutilizzati? SI  NO  NON SO

Usava colle? SI  NO  NON SO

Se sì: a base acquosa  a base di solventi  altro.....

Come avveniva l'applicazione?  a pennello  a rullo  
 con dispensatore a collo d'oca  altro.....

Cosa utilizzava per la pulizia delle mani?.....

La postazione di lavoro era aspirata? SI  sotto il piano di lavoro  con cappa superiore   
NO

**4)CALZOLAIO IN BOTTEGA** SI  NO  NON SO

Se sì: numero giorni/settimana  ore/giorno  mesi/anno  non so

**C'era presenza di gas e/o vapori dove lavorava?** SI  NO  NON SO

Se sì, da dove provenivano?.....  
.....

**C'erano impianti di aspirazione funzionanti?**

SI  NO  NON SO

Se si, di che tipo?.....  
.....

Da quando erano funzionanti?.....

**Utilizzava dispositivi di protezione individuale per l'apparato respiratorio?**

SI  NO  NON SO

In particolare usava le mascherine? SI  NO  NON SO

Sa di che tipo? Di carta  Di plastica con filtri

Per quale lavorazione utilizzava le protezioni?.....

Periodo di utilizzo?.....

Ogni quanto tempo le mascherine venivano sostituite?.....

Tipo.....

Tipo.....

Tipo.....

**Chi eseguiva le pulizie?.....**

**Con che modalità e frequenza venivano svolte le pulizie?.....**

Erano eseguite durante il turno di lavoro? SI  NO  NON SO

Veniva utilizzata aria compressa? SI  NO  NON SO

Usava i DPI durante le pulizie? SI  NO  NON SO

**Durante le pulizie veniva utilizzata segatura? SI  NO  NON SO**

Chi la utilizzava?.....

Con che modalità e frequenza?.....

Veniva utilizzata durante il turno di lavoro? SI  NO  NON SO

Usava i DPI durante le pulizie con segatura? SI  NO  NON SO

Quali altre lavorazioni venivano svolte nelle adiacenze del vostro posto di lavoro?

.....  
.....  
.....

Ha mai rimpiazzato qualche volta un collega? Descriva in quale attività, per quanto tempo e con quale frequenza:

.....  
.....  
.....

Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportate?

.....  
.....  
.....

**4.Scheda mansione-specifica**  
**FORESTALI**

Scheda relativa all'impiego svolto nel periodo.....  
Presso l'Azienda.....Indirizzo.....  
Azienda attiva o chiusa?..... N° totale di addetti.....

**RAPPORTO DI LAVORO**

rapporto continuativo	<input type="checkbox"/>	rapporto stagionale	<input type="checkbox"/>	mesi nell'anno.....
a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	a tempo parziale	<input type="checkbox"/>	giorni/settimana <input type="checkbox"/> ore/giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
straordinari abituali	<input type="checkbox"/>	ore/settimana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Tipo di attività/prodotti finiti**

.....  
.....  
.....

**Può descriverci con parole sue la mansione che svolgeva? (descrizione dei compiti effettivamente svolti)**

.....  
.....  
.....

**Altre attività presenti oltre a quella principale dell'unità produttiva:**

.....  
.....  
.....

TIPO DI AMBIENTE DI LAVORO (Reparto):      % del tempo di lavoro

bosco	<input type="checkbox"/>	.....
vivaio	<input type="checkbox"/>	.....
segheria, officina	<input type="checkbox"/>	.....
altro impianto all'aperto	<input type="checkbox"/>	.....
deposito/magazzino	<input type="checkbox"/>	.....
altro	<input type="checkbox"/>	.....
Non so	<input type="checkbox"/>	.....



**Durante lo svolgimento delle operazioni a cui è/era addetto lavorava con macchine o apparecchiature a motore?**

SI  NO  NON SO

Se si ci può indicare il tipo di macchina?.....  
.....  
.....

**Con quale frequenza lei lavorava alla macchina?**

ogni giorno  n° ore.....

settimana  n° ore.....

mese  n° ore.....

non so

Ha mai rimpiazzato qualche volta un collega? Descriva in quale attività, per quanto tempo e con quale frequenza:

.....  
.....  
.....

**Quando lavorava in ambienti confinanti erano presenti impianti di aspirazione funzionanti?**

SI  NO  NON SO

Se si, di che tipo?.....  
.....

**Utilizzava dispositivi di protezione individuale per l'apparato respiratorio? SI  NO  NON SO**

In particolare usava le mascherine? SI  NO  NON SO

Sa di che tipo? Di carta  Di plastica con filtri

Per quale lavorazione utilizzava le protezioni?.....

Periodo di utilizzo?.....

Ogni quanto tempo le mascherine venivano sostituite?.....

Tipo.....

Tipo.....

Tipo.....

Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportate?

.....

.....

.....

## 5.Scheda mansione-specifica

### AGRICOLTURA ED ALLEVAMENTO ANIMALE

Scheda relativa all'impiego svolto nel periodo.....

Presso l'Azienda.....Indirizzo.....

Azienda attiva o chiusa?..... N° totale di addetti.....

#### RAPPORTO DI LAVORO

rapporto continuativo	<input type="checkbox"/>	rapporto stagionale	<input type="checkbox"/>	mesi nell'anno.....
a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	a tempo parziale	<input type="checkbox"/>	giorni/settimana <input type="checkbox"/> ore/giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
straordinari abituali	<input type="checkbox"/>	ore/settimana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

#### Tipo di attività/prodotti finiti

.....  
.....  
.....

#### Può descriverci con parole sue la mansione che svolgeva? (descrizione dei compiti effettivamente svolti)

.....  
.....  
.....

#### In quali aziende ha lavorato? (Specificare nome e indirizzo)

#### AGRICOLTURA

Quale era la sua posizione?	fisso	stagionale	giornaliero
<input type="checkbox"/> mezzadro	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> bracciante/salariato	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> coltivatore diretto	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> operaio agricolo	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> contoterzista	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> altro, specificare	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Non so	.....	.....	.....

Quale tipo di coltura praticava:	USO VENDITA			USO FAMILIARE		
	SI	NO	NON SO	SI	NO	NON SO
cereali	<input type="checkbox"/>					
vite	<input type="checkbox"/>					
olivo	<input type="checkbox"/>					
barbabietola zucchero	<input type="checkbox"/>					
soia/girasole	<input type="checkbox"/>					
agrumi	<input type="checkbox"/>					
fragole	<input type="checkbox"/>					
melo, pero	<input type="checkbox"/>					
pesca, albicocche, susine, ciliegio	<input type="checkbox"/>					
ortaggi	<input type="checkbox"/>					
vivai e serre in genere	<input type="checkbox"/>					
ortaggi da seme	<input type="checkbox"/>					
fiori	<input type="checkbox"/>					
altro (specificare)	<input type="checkbox"/>					

**Nel caso in cui si fosse occupato di trattamenti con antiparassitari e/o concimi quali operazioni svolgeva usualmente?**

Preparazione della miscela	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Trattamento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Assistenza al trattamento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Pulizia/manutenzione attrezzatura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Occasionalmente in caso di emergenze	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
a fine trattamento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
mai o solo in casi eccezionali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
rientro nelle colture o nei terreni trattati	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>

Se si, dopo quante ore rientrava in coltura?.....

**Ha mai utilizzato o, nel caso avesse fatto esclusivamente mansioni di rientro, sa se sono stati mai utilizzati nella ditta:**

**Insetticidi**            SI  NO  NON SO             DAL  AL

Mediamente per quanti giorni/anno.....

Per quali colture?

.....  
 .....

**Fungicidi**            SI  NO  NON SO             DAL  AL

Mediamente per quanti giorni/anno.....

Per quali colture?

.....  
.....

**Erbicidi**            SI  NO  NON SO             DAL  AL

Mediamente per quanti giorni/anno.....

Per quali colture?

.....  
.....

**Quali mezzi venivano utilizzati di solito nel corso dei trattamenti?**

Irroratrici a lancia            SI  NO  NON SO

Irroratrici spalleggiate    SI  NO  NON SO

Atomizzatori            SI  NO  NON SO

Barre irroratrici            SI  NO  NON SO

Impolveratrici            SI  NO  NON SO

Trattori senza cabina        SI  NO  NON SO

Trattori con cabina            SI  NO  NON SO

Trattori con cabina e filtri    SI  NO  NON SO

Altro (specificare).....

## ALLEVAMENTO

**Venivano allevati animali nelle aziende in cui ha lavorato?**

SI  NO  NON SO

Se si, quali animali venivano allevati e qual'era la dimensione dell'allevamento?

### Allevamento

	Familiare	Aziendale	n°capi	dal.....al
Bovini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Ovini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Suini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Avicolo (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Cavalli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Conigli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Altro /specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

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

in continuità con la casa/abitazione  vicino alla casa  lontano dalla casa

**Sono mai stati fatti trattamenti su gli animali o nelle stalle con insetticidi?**

### ANIMALI

### STALLE/ALLEVAMENTO

SI  NO  NON SO

SI  NO  NON SO

Per quanti giorni l'anno (in tutto)?

Di solito applicava lei i trattamenti?

SI  NO  NON SO

SI  NO  NON SO

Era lei ad applicare o mescolare la miscela di insetticidi?

SI  NO  NON SO

SI  NO  NON SO

In che modo veniva fatto il trattamento?

- a mano con pennellature?

SI  NO  NON SO

SI  NO  NON SO

- pompa a spalla

SI  NO  NON SO

SI  NO  NON SO

- atomizzatori a spalla

SI  NO  NON SO

SI  NO  NON SO

- altro (specificare)

SI  NO  NON SO

SI  NO  NON SO

.....

**E' mai stata utilizzata la formalina/formaldeide?** SI  NO  NON SO

Dal

al

.....  
.....  
.....

In che modo veniva utilizzata?.....

Entrava nella stalla dopo il trattamento? SI  NO  NON SO

Se si, per quale motivo?.....

**Usava di solito mezzi di protezione individuale?** SI  NO  NON SO

Se si, indicare quali?.....

**Quale materiale veniva utilizzato come lettiera?.....**

Veniva utilizzata segatura per la lettiera? SI  NO  NON SO

Descrivere tipologia.....

Chi provvedeva la cambio/ pulizia della lettiera?.....

Con che frequenza veniva cambiata/pulita la lettiera?.....

Venivano utilizzati DPI respiratori durante questa operazione?.....

.....

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

pulizia delle macchine SI  NO  NON SO

manutenzione macchine SI  NO  NON SO

lavori di falegnameria SI  NO  NON SO

specificare di che tipo.....

in che periodo.....

utilizzava i DPI durante i lavori di falegnameria.....

altro SI  NO  NON SO

specificare.....

.....

**Veniva utilizzata segatura per attività di pulizia o altro?** SI  NO  NON SO

Chi la utilizzava?.....

Con che modalità e frequenza?.....

Usava i DPI durante le pulizie con segatura? SI  NO  NON SO

Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportate?

.....

.....

.....