



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Il Direttore Sanitario
Dott. Giuseppe Nicolò Cugno
Tel.: 0971-310 525 / 0971-310 526
FAX: 0971-310535
E-mail: giuseppe.cugno@aspbasilicata.it

Prot. n. 108872

Potenza 29.07.2014

Ai Direttori Medici dei PP.OO.

Ai Direttori/Responsabili delle UU.OO. e Servizi
Per il tramite dei Direttori Medici di P.O.

Ai Direttori delle Usib

Ai Responsabili Distretti di I° Livello
per il tramite dei Direttori Usib

In uno alla presente si invia il modello di scheda di rilevazione dei dati occupazionali predisposto dall'Ufficio del Medico Competente Aziendale con l'invito a volere compilare una scheda per ciascun dipendente della U.O. da lei diretta e trasmetterle successivamente a questa Direzione.

Si rappresenta che le schede dovranno pervenire **entro il 31.08.2014.**

Giuseppe Nicolò Cugno



Servizio Sanitario Regione Basilicata
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Medicina del Lavoro Aziendale
Ufficio del Medico Competente
Via Torraca ,2 - 85100 POTENZA
Tel. 0971 310514

Al Dirigente _____

SCHEDA RILEVAZIONE DATI OCCUPAZIONALI

DIPARTIMENTO _____

U.O. / SERVIZIO _____

SEDE DI LAVORO _____

COGNOME E NOME (del lavoratore) _____

RECAPITO TELEFONICO _____



ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA:

Dirigenza medica	<input type="checkbox"/>	Medico
	<input type="checkbox"/>	Chirurgo
	<input type="checkbox"/>	Anestesista
	<input type="checkbox"/>	Laboratorista
	<input type="checkbox"/>	Odontoiatra
	<input type="checkbox"/>	Altro
Dirigenza sanitaria	<input type="checkbox"/>	Biologo
	<input type="checkbox"/>	Psicologo
	<input type="checkbox"/>	Chimico
	<input type="checkbox"/>	Farmacista
	<input type="checkbox"/>	Altro
Professioni sanitarie	<input type="checkbox"/>	Infermiere
	<input type="checkbox"/>	Ferrista
	<input type="checkbox"/>	Ostetrica
	<input type="checkbox"/>	Altro
Professioni san. Tecniche	<input type="checkbox"/>	di Radiologia
	<input type="checkbox"/>	di Laboratorio
	<input type="checkbox"/>	di Fisiopatologia Respiratoria
	<input type="checkbox"/>	di ortopedia
	<input type="checkbox"/>	di neuro fisiopatologia
	<input type="checkbox"/>	Altro
Figure di supporto	<input type="checkbox"/>	Ausiliario
	<input type="checkbox"/>	Ausiliario spec.
	<input type="checkbox"/>	OSS
	<input type="checkbox"/>	OTA
	<input type="checkbox"/>	Altro
Amministrazione	<input type="checkbox"/>	Dirigente
	<input type="checkbox"/>	Impiegato
	<input type="checkbox"/>	Altro
Ufficio tecnico	<input type="checkbox"/>	Dirigente
	<input type="checkbox"/>	Impiegato
	<input type="checkbox"/>	manutentore
	<input type="checkbox"/>	Elettricista
	<input type="checkbox"/>	Conduttore
	<input type="checkbox"/>	Altro



RISCHI OCCUPAZIONALI

1) BIOLOGICO	SI	NO
2) CHIMICO	SI	NO
3) MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI	SI	NO
4) MOVIMENTI RIPETITIVI ARTI SUPERIORI	SI	NO
5) RADIAZIONI IONIZZANTI	SI	NO
6) RADIAZIONI NON IONIZZANTI	SI	NO
7) VDT (> 20 ORE SETTIMANALI)	SI	NO
8) LAVORO NOTTURNO (almeno 80 NOTTI/ANNO)	SI	NO
9) CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI	SI	NO
10) ATT. PREVISTE L.125/01	SI	NO
11) ATT. PREVISTE DPR 309/90	SI	NO
12) RUMORE	SI	NO
13) VIBRAZIONI	SI	NO
14) FORMALDEIDE / GLUTERALDEIDE	SI	NO
15) GAS ANESTETICI	SI	NO
16) RISCHIO TAGLIO/PUNTURE	SI	NO

Firma del Direttore U.O. /Resp. Servizio _____

Data. _____