

SCHEDA LABORATORIO

Dipartimento di _____

Sez. di _____

Direttore di Dipartimento _____

Responsabile sezione _____

LABORATORIO _____

RESPONSABILE/I del laboratorio:

SIG. / DOTT. / PROF. _____

AMBIENTI DI LAVORO

indicare il numero di stanze che compongono il laboratorio: _____

NUMERO DI AFFERENTI: n. di strutturati (docenti, ricercatori e tecnici) e non strutturati (specializzandi, assegnisti, dottorandi, studenti, etc)

indicare il tempo medio di permanenza nei laboratori (es. Mario Rossi 5 ore/settimana):

Strutturati:

Nome: _____ Cognome: _____ Tempo: _____

Nome: _____ Cognome: _____ Tempo: _____

Nome: _____ Cognome: _____ Tempo: _____

Specializzandi:

Nome: _____ Cognome: _____ Tempo: _____

Assegnisti di ricerca:

Nome: _____ Cognome: _____ Tempo: _____

Dottorandi:

Nome: _____ Cognome: _____ Tempo: _____

Studenti interni (tesisti):

Nome: _____ Cognome: _____ Tempo: _____

Collaboratori a contratto:

Nome: _____ Cognome: _____ Tempo: _____

Numero massimo di studenti in occasione di eventuali attività didattiche:

.....

CICLO LAVORATIVO:

Descrivere in maniera dettagliata le principali procedure di laboratorio che coinvolgono l'utilizzo di sostanze chimiche e agenti biologici (comprese modalità di prelievo, utilizzo di DPI, modalità di smaltimento)

• **Procedimenti scritti di lavoro:**

Quaderno di laboratorio	si	no
Registro di utilizzo dei cancerogeni, etc	si	no
Registro di utilizzo di agenti biologici	si	no
Protocolli sperimentali	si	no

• **Disponibilità ed uso dei D.P.I.**

indicare il tipo di DPI: materiale, modello, classe, etc (es. guanti monouso in nitrile classe 2):

• **Materiale con rischio di taglio e punture (bisturi, lame, aghi, etc):**

ATTREZZATURE:

(riportare solo un breve elenco in quanto le indicazioni specifiche delle attrezzature di lavoro verranno illustrate in schede apposite)

- **AGENTI CHIMICI pericolosi utilizzati:**

(verificare che quanto riportato nella descrizione del ciclo lavorativo sia corrispondente a quanto viene indicato in tabella)

Stato fisico:

Solido o scaglie o granulometria superiore alla sabbia grossa: S

Liquido: L

Polvere: P

Fibre: F

Solidi o polveri disciolte in fase fluida: S

Gas: G

Quantità: es. 5 gr/giorno oppure 1 ml/operazione

Frequenza: es. 7 volte/anno oppure 5 volte/settimana oppure 1 volta/giorno

Tempo: tempo medio di esposizione giornaliera

Nome sostanza o preparato	CAS	Stato fisico	Quantità di utilizzo	Frequenza	Tempo	Concentrazione	Quantità stoccata in labor.

- **Formazione di sostanze chimiche in forma di polveri, fumi, gas o vapori:**

si no

(Se si risponde si alla domanda precedente, specificare quali sono le sostanze interessate)

- **Tutte le sostanze sono corredate di schede di sicurezza: si no**

- **Sono disponibili in forma cartacea ? si no**

- **Sono scritte in italiano? si no**

(Se si risponde no alle domande precedenti, indicare di seguito le motivazioni)

Armadi di sicurezza: **si** **no**

(Indicare dove sono ubicati gli armadi da cui si prelevano le sostanze in uso)

• **Presenza o uso contemporaneo di sostanze incompatibili:** **si** **no**

Se si, indicare quali _____

• **Identificazione e corretta segnalazione dei prodotti (compresi campioni, soluzioni, etc):** **si** **no**

• **Idoneità dei recipienti riguardo alle aggressioni fisiche e chimiche cui possono essere sottoposti:** **si** **no**

• **Smaltimento e stoccaggio dei residui:**

(verificare che si eviti la dispersione nell'aria, che gli oggetti taglienti siano smaltiti nei contenitori appositi, che sia verificata la compatibilità delle sostanze)

Smaltimento corretto **si** **no**

Se si risponde no, indicare di seguito le motivazioni:

• **Cappe di aspirazione** **si** **no** (*)

numero di cappe: _____

tipo: _____

data dell'ultima operazione di manutenzione e controllo: _____

(*) **In assenza di cappe, indicare in quale laboratorio vengono effettuate le operazioni che necessitano di tali dispositivi di protezione collettivi:**

• **PRESENZA DI BOMBOLE DI GAS:** **si** **no**

(se si risponde si, indicare quante) _____

• **PRESENZA DI IMPIANTO DI DISTRIBUZIONE DEL GAS:** **si** **no**

• **RILEVAZIONE GAS INFIAMMABILE:** **si** **no**

STRUTTURA

- Superficie: _____
- Volume: _____
- Finestre apribili: numero ____ superficie totale _____
- Porte e uscite di sicurezza: numero ____ larghezza _____
- Porte apribili nel verso dell'esodo: si no
- Illuminazione: si no
- Luce di emergenza: si no
- Aspirazione e/o immissione d'aria: si no
- Manutenzione impianti di aspirazione e/o immissione d'aria: si no
- Estintori: numero ____ tipo (polvere, CO₂) _____ peso (kg) _____
- Altri mezzi di estinzione incendio (specificare quali): _____
- Docce di sicurezza e lavaocchi: si no
- Cassetta pronto soccorso: si no
- Pulizia posto di lavoro dopo ogni turno e periodicamente: si no
- Nel luogo di lavoro è esclusa la presenza di concentrazioni pericolose di sostanze infiammabili? si no
- Nel luogo di lavoro è esclusa la presenza di sostanze chimicamente instabili? si no
- Nel luogo di lavoro è esclusa la presenza di fiamme libere fonti di accensione o simili? si no
- Nel luogo di lavoro è esclusa la presenza di altri materiali combustibili, comburenti o simili? si no
- Nel luogo di lavoro è esclusa la presenza di sostanze facilmente volatili (temperatura di ebollizione inferiore a 65°C) ed infiammabili? si no

Data _____

Il Responsabile del Laboratorio

Visto

Il Responsabile della Struttura