



SCHEDA RISCHI PER ISTITUZIONE CARTELLA SANITARIA TIROCINIO CURRICOLARE

DATI ANAGRAFICI TIROCINANTE

Nome e Cognome: _____	Data di nascita: _____
Luogo di nascita: _____	Numero di Cellulare: _____
Via: _____	Codice Fiscale: _____
Comune (Prov): _____	Numero di Matricola: _____
E-mail: _____	

DATI SOGGETTO OSPITANTE

Nominativo e ragione sociale azienda: _____
Sede di lavoro del tirocinante: _____
Datore di Lavoro: _____
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione: _____
Medico Competente (ove previsto): _____
Tutor aziendale che segue il tirocinante: _____
Numero di telefono: _____ e-mail: _____

DATI DIPARTIMENTO DI AFFERENZA DEL TIROCINANTE

Dipartimento di Studi Umanistici
Corso di Studio del tirocinante: Corso di Studio in Scienze dell'educazione
Tutor universitario che segue il tirocinante: Prof. Giorgio Porcelli
Durata del tirocinio: dal _____ al _____
Eventuali note integrative:



- ☐ Si dichiara che il tirocinante non sarà esposto ad alcun rischio lavorativo come declinato ai sensi del D.Lgs 81/08 e s.m.i.

Oppure si dichiara che potrà essere sottoposto ai seguenti fattori di rischio:

Fattori di Rischio presenti in Azienda a cui potrà essere esposto il tirocinante	SI (barrare)
Utilizzo Videoterminale per più di 20 ore settimanali	☐
Radiazioni ionizzanti *	☐
Agenti chimici specificare quali: _____	☐
Agenti cancerogeni, mutageni, reprotossici e diisocianati * specificare quali: _____	☐
Agenti biologici specificare quali: _____	☐
Movimentazione manuale dei carichi superiori ai 3 kg in maniera abituale, intensa e prolungata nel tempo*	☐
Altro/i rischio/i specifico/i specificare quali: _____	☐

- * Si ricorda che, ai sensi della circolare Rettorale UniTs, Prot. 176520 del 11/10/2024, lo/la studente/essa non deve essere esposto/a ai seguenti rischi: radiazioni ionizzanti, agenti cancerogeni, mutageni, reprotossici, diisocianati, e movimentazione manuale dei carichi. Laddove l'esposizione sia indispensabile, ai fini dello svolgimento del tirocinio/ricerca/tesi, e/o la sostanza sia insostituibile il tutor aziendale che supervisiona lo/la studente/essa dovrà rilasciare una dichiarazione di insostituibilità e dovranno essere messe in pratica le misure previste all'art.15 del Dlgs 81/08 (misure generali di tutela), effettuata la formazione specialistica e attivata la specifica sorveglianza sanitaria.

Data,

Per il Soggetto ospitante
o suo delegato in materia di Salute e Sicurezza:
☐ il Datore di Lavoro ☐ l'RSPP ☐ il Dirigente
(indicare il nominativo)

Firma:
