



## IL PREPOSTO:

Funzione relativa alla compilazione delle schede mansionali

*Paola Mesturini*

*Promozione e supporto della sicurezza in ambiente di lavoro*

# PERCORSO DI ATTRIBUZIONE DEL GRUPPO OMOGENEO DI RISCHIO

## FASE ASSUNTIVA

**FUNZIONE ALLOCAZIONE RISORSE UMANE → COMPILA MODULO 1iar**

DVR CLASSIFICAZIONE DI RISCHIO **C2 - D2 - C6 - F3 Di Prev**

ES: CPSI/OSS = **C2** AGENTI BIOLOGICI – MMC - LAVORO NOTTURNO

TECNICI DI LABORATORIO = **D2** AGENTI BIOLOGICI – LAVORO NOTTURNO



## FASE DI ASSEGNAZIONE

**FUNZIONE DIRIGENTE**

EVENTUALE SUCCESSIVA ATTRIBUZIONE ≠ GRUPPO OMOGENEO DI RISCHIO DI FASE ASSUNTIVA

Prot. Al Lavoratore: (cognome):.....  
(nome) .....  
Presso la propria sede lavorativa prevalente:  
.....  
  
al Medico Competente  
Sede di .....

al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione  
Sede di ALESSANDRIA

al Direttore della SOC Personale  
Sede di ACQUI TERME

**OGGETTO: D.Lgs. n° 81/2008 – Informazione sui rischi specifici - Attribuzione gruppo omogeneo di rischio**

Il Sottoscritto, in qualità di DIRIGENTE (*Direttore S.C./Responsabile Di.P.Sa.*) ai sensi dell'art. 2, c. 1, lett. "e" del D.Lgs. n° 81/2008 e s.m.i. Dott.ssa Maria Elisena Focati Pisani con la presente comunica che al Lavoratore citato in indirizzo con profilo professionale ..... assegnato alla sede prevalente di lavoro indicata in indirizzo, viene attribuito il seguente **gruppo omogeneo di rischio** ..... così come codificato e descritto nel Documento di Valutazione dei Rischi (art. 17, c. 1, lett. "a" del D.Lgs. n° 81/2008 e s.m.i.), allegato al capitolo "Mansioni specifiche dei Lavoratori".  
Inoltre, il Sottoscritto comunica che, **nel caso** di utilizzo di attrezzature munite di videoterminale in modo sistematico o abituale, l'impiego settimanale, dedotte le interruzioni dell'attività mediante pause ovvero cambiamento di attività di cui all'art. 175 del D.Lgs. n° 81/2008 e s.m.i., previsto per il Lavoratore è:  
 < 20 ore  ≥ 20 ore

(barrare con una croce la casella relativa alla scelta effettuata e fare altrettanto sulla relativa scheda informativa sui rischi specifici da allegare alla presente nella sola copia destinata al Lavoratore)

f.to **Il Dirigente**

---

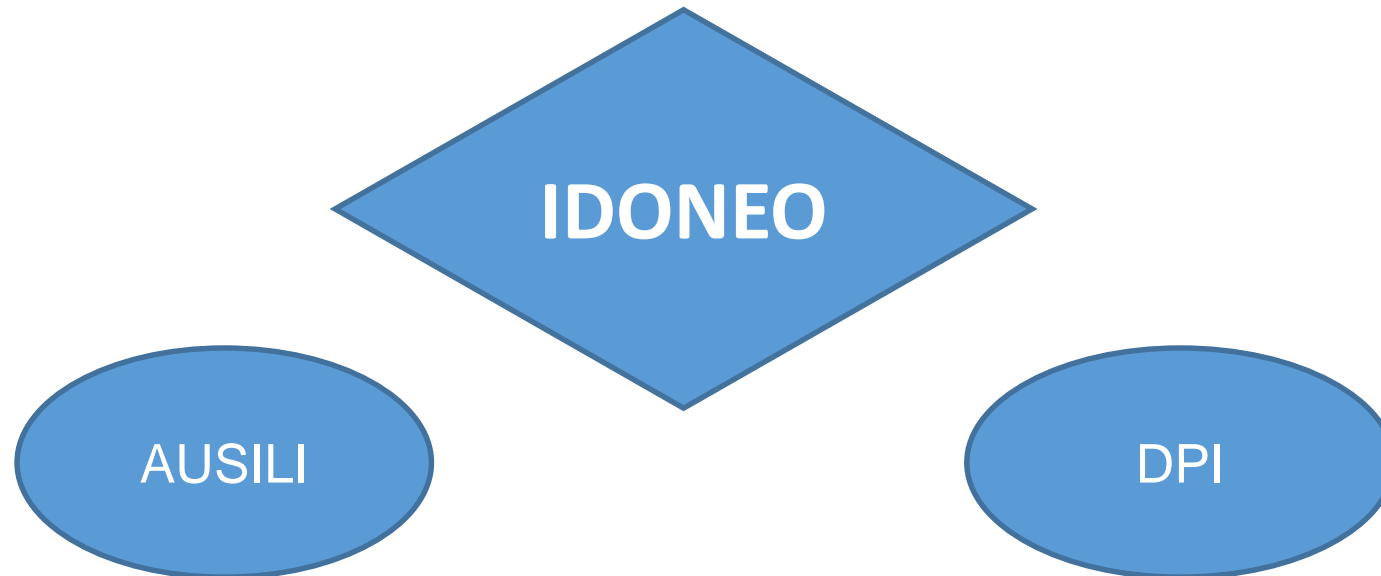
*Allegati: solo* alla copia destinata al Lavoratore: scheda mansionale "Informazione sui rischi specifici cui il Lavoratore è esposto in relazione all'attività svolta" (art. 36, c. 2 del D.Lg.s n° 81/2008)

Il Lavoratore in indirizzo	Firma per ricevuta .....
	Data .....

# PERCORSO GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

GIUDIZIO DI IDONEITA' MEDICO COMPETENTE @ DIPSA e INC. FUNZ. ORG.  
PROMOZIONE E SUPPORTO DELLA SICUREZZA IN AMBIENTE DI LAVORO

@ DIRIGENTE e COORDINATORE





**Procedura operativa**  
**“Uso di D.P.I. e D.M. nella prevenzione dell’esposizione  
 a rischio biologico degli Operatori Sanitari”**

Rev.03

Dicembre 2011

MODELLO 1 d.p.i. / d.m.

*Allegato 3*

**SCHEDA PERSONALE CONSEGNA D.P.I. / D.M. AD USO PERSONALE**

Per la compilazione e trasmissione scheda si rimanda al punto 12 pag. 31 della procedura operativa di cui sopra

S.O.C. – S.S.V.D. – S.S. – altro \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 PRESIDIO OSP: Acqui T.  – Casale M.  – Novi L.  – Ovada  – Tortona   
 DISTRETTO: Acqui T.  – Alessandria  – Casale M.  – Novi L.  – Ovada  – Tortona  – Valenza Po   
 DIPARTIMENTO: Tecnico Logistico  – di Prevenzione  – delle Dipendenze  – del Farmaco  – della Salute Mentale

LAVORATORE \_\_\_\_\_

D.P.I. / D.M.	N° / taglia	Quantità	Sostituito il	Data consegna	Firma per ricevuta

- Il/la sottoscritto/a.....in qualità di Lavoratore presso l'ASL AL dichiara:
- di essere stato/a informato/a dove sono collocati, presso la S.O.C. / S.O.S. di appartenenza, i D.P.I. / D.M. monouso e collettivi e i dispositivi medici di sicurezza
  - di aver preso visione delle procedure specifiche alle quali attenersi per il corretto ricondizionamento dei DPI destinati ad essere riutilizzati più volte
  - di aver ricevuto preventiva informazione, formazione, addestramento (solo per D.P.I. di III<sup>a</sup> cat.)
  - di impegnarmi ad utilizzare i D.P.I. e di non apportare loro modifiche di propria iniziativa
  - di segnalare immediatamente, al Preposto o Dirigente, qualsiasi difetto o inconveniente rilevato per i D.P.I. / D.M. messi a disposizione

Data.....Firma del Lavoratore.....

**N.B.** I D.P.I. (non quelli monouso) in caso di rottura o usura verranno sostituiti nel minor tempo tecnico possibile. Per poter avere i nuovi D.P.I. è necessario consegnare quelli vecchi.

# PERCORSO GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

GIUDIZIO DI IDONEITA' MEDICO COMPETENTE @ DIPSA e INC. FUNZ. ORG. PROMOZIONE E SUPPORTO DELLA SICUREZZA IN AMBIENTE DI LAVORO

@ DIRIGENTE e COORDINATORE

**IDONEITA' PARZIALE  
PERMANENTE/TEMPORANEA CON  
LIMITAZIONI**

REDAZIONE SCHEDA MANSIONALE

@ Di.P.Sa. + Funz Promo-Supp Sicurezza  
P.C. DIRIGENTE

@ MEDICO COMPETENTE

@ Di.P.Sa. + Funz Promo-Supp Sicurezza

SCHEDA + DICHIARAZIONE LAVORATORE  
@ COORD. + DIRIGENTE

@ Di.P.Sa. + Funz Promo-Supp Sicurezza +  
MED. COMP. + DIRIGENTE

**IDONEITA' PARZIALE  
PERMANENTE/TEMPORANEA  
CON PRESCRIZIONI**

RESPONSABILIZZARE  
MODULO DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE  
ED EVENTUALE SCHEDA PAUSE

## DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE DA ALLEGARE AL GIUDIZIO DI IDONEITA' PARZIALE

L'Articolo 20 del D.Lgs. 09 aprile 2008 n. 81 definisce gli obblighi dei lavoratori, in particolare:

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono in particolare:

a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;

c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e le miscele pericolose, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;

d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;

g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;

h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente.

(Omissis... 3. )

La/Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_ dichiara di essere stata/o adeguatamente informata/o circa le limitazioni/prescrizioni certificate dal Medico Competente e si impegna, ai sensi di quanto normato dal sopra citato Articolo 20 del Decreto Legislativo in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, ad osservare le disposizioni indicate nel Giudizio di Idoneità alla Mansione, utilizzando correttamente i DPI al fine di tutelare in primis la propria salute, ma anche quella dei colleghi e degli utenti. A tal proposito sono consapevole di essere tenuta/o a segnalare (come descritto alla lettera e) ogni deficienza dei mezzi e dei dispositivi messi a disposizione dall'Azienda, nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui venga a conoscenza.

Data.....

Firma.....

Rilevazione pausa compensativa								Mese.....	Anno.....
Cognome Nome .....									
Giorno	Turno	Pausa di 10 minuti dalle ore:						Firma del dipendente	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Firma Coordinatore per presa visione.....



# PERCORSO GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

GIUDIZIO DI IDONEITA' MEDICO COMPETENTE @ DIPSA e INC. FUNZ. ORG.  
PROMOZIONE E SUPPORTO DELLA SICUREZZA IN AMBIENTE DI LAVORO

@ DIRIGENTE e COORDINATORE

**INIDONEO TEMPORANEAMENTE**

PROPOSTA DIRIGENTE  
EVENTUALE ALLOCAZIONE  
o DIREZIONE Di.P.Sa.

**INIDONEO PERMANENTEMENTE**

LETTERA CONGIUNTA DI RICHIESTA  
VISITA MEDICO COLLEGALE



*Grazie per l'attenzione*