



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

(NOME STRUTTURA)

Manuale
"Sicurezza e Salute"
Capitolo 2

Scheda 4 - Comunicazione delle variazioni del personale

(da compilare in tutte le sue parti con la collaborazione dell'addetto locale, ove nominato)

Cognome		Nome	
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice fiscale	
Comune di nascita		Comune di residenza	
Telefono	E-mail		
Orario settimanale (se contrattualizzato)			
Qualifica*			
Sede di Lavoro (indirizzo)			
Area di lavoro/gruppo di ricerca (Nota 1)			
Numero/sigla locali di lavoro **			
Responsabile dell'area di lavoro/Tutor			
Periodo di permanenza previsto			

* Indicare Cat. B-C-D-EP, tecnico o amministrativo o area biblioteche, Prof I-II fascia, ricercatore, studente/allievo interno/tesista, assegnista, dottorando, borsista, contrattista, laureato frequentatore, ecc...

** Indicare anche l'EDIFICIO (ove presente) e il PIANO.

SEZIONE 1 - Comunicazione di:

Presa di servizio^(a) o Proroga di contratto a partire dal _____

Trasferimento da altra sede (_____) a partire dal _____

Cambio Mansione^(a) a partire dal _____

Ripresa dell'attività lavorativa dopo lunga assenza ^(b) a partire dal _____

con conseguente RICHIESTA^(a)/ VERIFICA^(b) di IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA nei casi previsti dalla legge
(D. Lgs 81/2008, art 18, comma 1, lett. g; art 41, comma 2, lett. e-ter)

Tipologia di attività	<input type="checkbox"/> attività principalmente svolta in studio/ufficio (eventualmente con attività didattica e/o attività occasionale in laboratorio);
	<input type="checkbox"/> attività di portineria/servizi generali/manutenzioni _____
	<input type="checkbox"/> attività amministrativa-gestionale <input type="checkbox"/> addetto di biblioteca <input type="checkbox"/> tecnico informatico con utilizzo di VDT per <input type="checkbox"/> più di 20 ore settimanali <input type="checkbox"/> meno di 20 ore settimanali
	<input type="checkbox"/> attività di laboratorio/altra attività di ricerca/ambulatorio (compilare scheda rischi specifica della Struttura, ove concordata con il Medico Competente - Nota 2 - oppure compilare lo spazio sottostante);
	<input type="checkbox"/> altro _____
Descrizione delle principali attività (Nota 3)	

SEZIONE 2

COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

(D. Lgs 81/2008, art. 18, comma 1, lett. g-bis)

Cessazione dell'attività presso la Struttura a partire dal _____

Data _____

Il Responsabile della Struttura



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

(NOME STRUTTURA)

Manuale
"Sicurezza e Salute"

Capitolo 2

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Per **lavoratore** si intende *persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione [...]*.

La compilazione del presente modulo ha **3 finalità** atte ad ottemperare a precisi obblighi legislativi del Datore di Lavoro/Dirigente: **(1)** aggiornare l'organigramma della struttura in tempo reale; **(2)** consentire l'effettuazione di visite mediche preventive o straordinarie laddove ne è prevista l'obbligatorietà con il conseguente rilascio del giudizio di idoneità da parte del medico competente **(3)** in caso di cessazione del rapporto di lavoro consentire al medico competente di rilasciare al lavoratore copia della cartella sanitaria e di rischio ed il suo invio all'ISPESL nei casi previsti dalla legge.

Il modulo deve essere compilato **a cura del Dirigente**, sempre consapevole del contenuto del DVR della propria struttura, nei seguenti casi:

- **(a) presa di servizio** (o **ripresa di servizio** per proroga di contratto) o **trasferimento** da altra struttura o **cambio di mansioni** (in quest'ultimo caso se e solo se le nuove assegnazioni comportano nuovi rischi) – barrare la casella corrispondente **[Sezione 1]**
- **(b) previsione di rientro al lavoro**, dopo un periodo di assenza per malattia superiore ai 60 giorni continuativi solo per lavoratori ed equiparati destinati a svolgere mansioni per le quali, sulla base dei rischi professionali individuati nel DVR, sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria **[Sezione 1]**
- **cessazione** del rapporto di lavoro di lavoratori ed equiparati; **[Sezione 2]**

Note

1. La denominazione indicata nella casella "Area di lavoro/gruppo di ricerca" deve corrispondere a quella riportata nel DVR della struttura o nel Documento del Medico Competente allegato al Manuale Sicurezza e Salute della Struttura.
2. L'Addetto Locale provvederà ad inviare ai responsabili dei gruppi di ricerca la "Scheda rischi individuale" specifica per la Struttura, ove predisposta dal medico competente.
3. Descrivere la tipologia di lavoro o della ricerca (Es. d'ufficio, di studio, di biblioteca con/senza front office, manutenzioni, portineria, docenza, ricerca/tesi con abituale/sporadica/occasionale (specificare) frequentazione di laboratorio/ufficio/ambulatorio/sala necroscopica/sala operatoria, contatto con animali (quali?), contatto con materiale biologico umano/animale, contatto con gas anestetici (indicare le tempistiche approssimative – ore-giorni/settimana), uso di VDT, attività in campo (fuori sede – specificare dove e per fare cosa)

La presente scheda, compilata in OGNI SUA PARTE e sottoscritta dal responsabile della struttura, va inviata tramite l'addetto locale, ove nominato, al Medico Competente esclusivamente in forma elettronica e contemporaneamente allegata ad integrazione del Capitolo 2 del Manuale Sicurezza e Salute.



La mancanza di informazioni utili alla comprensione della tipologia di lavoro svolto comporterà l'impossibilità di effettuare la sorveglianza sanitaria mirata.