

QUESTIONARIO/INTERVISTA

Scheda anagrafica e curriculare

Età.....

Sesso M F

Stato civile celibe nubile coniugato

Figli.....

Provincia di residenza.....

Titolo di studio :

Diploma di Laurea..... 3 anni 5 anni

Scuola media superiore

Scuola media inferiore

Corsi di restauro:

Scuola pubblica: si no

Scuola privata riconosciuta: si no

Scuola privata non riconosciuta: si no

Bottega: si no

Per quanto tempo: - di 6 mesi + di 6 mesi - di 2 anni

altro.....

Se hai seguito un corso in una scuola:

Scuola.....città :

Titolo rilasciato

Anni del corso: 1 2 3 altro.....
Ore del corso: 400 800 1600 altro.....

Scuola.....città :

Titolo rilasciato

Anni del corso: 1 2 3 altro.....
Ore del corso: 400 800 1600 altro.....

Necessità formative

Ritieni sufficiente la tua attuale preparazione? Sì no non so

Ritieni utile seguire ulteriori corsi formativi?
Se sì, in altri campi di restauro? Sì no
 Sì no

Se sì, quali?

- Carta
- Lapideo
- Pittorico
- Ligneo
- Metalli
- Tessuti
- Archeologico

In materie complementari?

- organizzazione e programmazione del lavoro di restauro
- sicurezza del lavoro, igienico-sanitaria e ambientale
- altro.....

Ritieni più utili e accessibili:

- brevi corsi monotematici un solo corso più complesso e più lungo

Ritieni utile frequentare corsi di specializzazione e formazione durante l'attività lavorativa?

- sì no

Ritieni possibile conciliare i tempi di lavoro con la frequenza a corsi di specializzazione e formazione?

- sì no

Sai cos'è la formazione a distanza? Sì no

Ritieni utile ed applicabile la formazione a distanza nel settore del restauro?

- sì no

Attività lavorative attuale

Tipo di rapporto lavorativo:

- Dipendente
- Autonoma
- Parasubordinato

Campo di attività della Ditta:

- edile
- restauro
- altro (specificare.....)

Tipo di contratto o rapporto lavorativo:

- CCNL edile-industria: t. pieno part time t. determ. t. indet.
- CCNL edile-artigianato: t. pieno part time t. determ. t. indet.
- CCNL edile-cooperative: t. pieno part time t. determ. t. indet.
- CO.CO.PRO.: durata.....
- P.IVA
- ASSOC. In PARTECIP.
- altro.....

Competenze affidate:

- capocantiere
- restauratore
- collaboratore restauratore
- operatore
- altro.....

Livello di inquadramento del CCNL:

- I
- II
- III
- IV
- altro.....

Da quanto tempo lavori con tale Ditta:

- di 6 mesi
- + di 6 mesi
- di 2 anni
- altro (specificare.....)

Tipo di restauro su cui stai operando:

- Carta
- Lapideo e Superfici murarie
- Pittorico – opere mobili
- Pittorico – dipinti murali e intonaci
- Ligneo – opere mobili
- Ligneo – opere immobili
- Metalli
- Tessuti
- Archeologico
- Altro.....

Numero di persone che operano per l'esecuzione del restauro:

- 1
- 2
- 3
- 4
- altro.....

Esiste nella Ditta una figura coordinatrice del restauro?

- si no

Caratteristiche professionali dell'eventuale coordinatore

- Restauratore Architetto Ingegnere Geometra Altro (specificare.....)

Esistono diverse qualifiche nella Ditta tra coloro che operano per l'esecuzione del restauro che stai/state effettuando?

- si (specificare.....)
- no

Esiste una figura responsabile della sicurezza all'interno della ditta?

- si no

Esiste nella Ditta, l'RSL?

- si no

Ore di lavoro giornaliera:

- 4 6 8 altro.....

Ambiente di lavoro:

- cantiere
- laboratorio
- altro.....

Ambiente di lavoro:

- solo esterno
- solo interno
- misto
- altro.....

Pausa pranzo: si no

Durata della pausa pranzo:

- ½ ora 1 ora 1 ora e ½ oltre

Luogo della pausa pranzo:

- Sul posto di lavoro
- In ambiente prossimo al luogo di lavoro (cantiere/laboratorio)
- In ambiente esterno
- Al chiuso
- fuori dall'ambiente di lavoro

Dispositivi di protezione collettivi: si no

Dispositivi di protezione individuali: si no

Se li usi, quando?

- sempre spesso qualche volta di rado

Attività lavorativa precedente

Da quanti anni lavori nel campo del restauro?

Competenze affidate:

- capocantiere
- collaboratore restauratore
- restauratore
- operatore
- altro.....

Tipo di rapporto lavorativo prevalente:

- Dipendente che tipo di CCNL:.....
- Autonoma
- Parasubordinato

Campo di attività della Ditta con cui hai operato prevalentemente:

- edile
- restauro
- altro.....

Tipo di restauro prevalente:

- Carta
- Lapideo e Superfici murarie
- Pittorico – opere mobili
- Pittorico – dipinti murali e intonaci
- Ligneo – opere mobili
- Ligneo – opere immobili
- Metalli
- Tessuti
- Archeologico
- Altro.....

Ambiente di lavoro prevalente:

- cantiere
- Laboratorio
- Altro.....

Prevenzione

Nello svolgere la tua professione, usi dispositivi di protezione? Si No

Se no, perché (scrivere) ?.....

Se si, quali?:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Guanti | <input type="checkbox"/> Tuta da lavoro | <input type="checkbox"/> Cuffie |
| <input type="checkbox"/> Casco di protezione | <input type="checkbox"/> Scarpe antinfortunistiche | <input type="checkbox"/> imbracature |
| <input type="checkbox"/> Occhiali | <input type="checkbox"/> Maschera con filtro | <input type="checkbox"/> mascherine per polveri |
- Altro (specificare.....)

Li ritieni idonei e sufficienti? Si No

Se li usi, quando li usi?

- sempre spesso qualche volta di rado

Se non li usi sempre, perché?.....

Sei a conoscenza dell'eventuale pericolosità delle sostanze che usi durante il restauro?

- si no

Sei a conoscenza degli eventuali pericoli microbiologici insiti nella tua attività?

- si no

Sei a conoscenza degli rischi fisici insiti nella tua attività?

- si no

Come integreresti i dispositivi che hai a disposizione?

.....

In generale, ritiene che le mansioni lavorative siano svolte in piena sicurezza per la sua salute?

- Si No Non so

Crede che nel suo lavoro siano adottate misure di protezione idonee ai rischi ad

esso correlati?

Si No Non so

Ritiene che la sua conoscenza in tema di sicurezza sul lavoro sia :

Insufficiente Sufficiente Buona Ottima

Ha mai frequentato corsi relativi alla prevenzione degli infortuni?

Si No

Parteciperebbe a corsi di formazione per la prevenzione dei rischi sul lavoro?

Si No

Gestione delle sostanze

Quali sono i materiali con cui lavori abitualmente?

(specificare di seguito **quali**, in che **luogo**, per quali **operazioni** , e i **tempi medi** di utilizzo)

Materiale	Luogo	Operazione	Tempi medi settimana/giorni
Diluyente Nitro (esteri-chetoni-alcoli-idrocarburi aromatici)	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Acetone	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
2A(acqua+ammon.)	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Es.Petrolio	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Es.trementina	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>

Alcool	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
3A (alcool+ammon.+acet.)	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
4A(acqua+ammon.+etanolo+acetone)	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
WhiteSpirit	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Petrolio	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Butilamina	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Ab(acqua+butilamina)	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
ABD(acqua+butilamm.+DMF)	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
DA(DMF+amile acet.)	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
DIDAX(DMF+dil.sintetici+xilene+acetone)	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Trementina + alcool	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Vernici	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere	<input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/> Altro		
Sali di ammoniaca	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Disinfestanti	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Sverniciatori	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/>
Altro materiale	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>
Malte	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Cantiere <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Pulitura <input type="checkbox"/> Reintegrazione <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>

Ritieni di essere a conoscenza delle corrette metodiche di applicazione dei prodotti?

Si no

Durante l'applicazioni di impacchi a solventi per operazioni di pulitura ti capita di sostare nel medesimo ambiente durante il tempo di posa dell'impacco?

si no

Se si, anche per periodi prolungati svolgendo contemporaneamente altre fasi del lavoro? (es. stuccatura, doratura ecc.)?

Si no

In caso affermativo, usi i dispositivi di protezione?

si no

Usi i dispositivi di protezione al momento dello stoccaggio? Si no

Usi i dispositivi di protezione al momento del prelievo? Si no

Usi i dispositivi di protezione al momento dell'utilizzo? Si no

Usi i dispositivi di protezione al momento dello smaltimento? Si no

Conosci le etichette dei prodotti? Si no

Sai come si leggono e cosa indicano? Si no

In che modo smaltisci i prodotti?

Come rifiuti normali (cassonetto, scarico, etc)

Come rifiuti speciali (in appositi contenitori e utilizzando il servizio delle ditte specializzate)

Dove conservi le sostanze volatili?

Nei contenitori originali, in armadi appositi

Nei contenitori originali, sugli scaffali, tavoli, etc

Nei contenitori originali, in armadi comuni con sostanze materiali di tipo diverso

Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, in armadi appositi

Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, sugli scaffali, tavoli, etc

Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, in armadi comuni con sostanze materiali di tipo diverso

Dove conservi gli acidi e le basi?

Nei contenitori originali, in armadi appositi

Nei contenitori originali, sugli scaffali, tavoli, etc

Nei contenitori originali, in armadi comuni con sostanze materiali di tipo diverso

Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, in armadi appositi

Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, sugli scaffali, tavoli, etc

Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, in armadi comuni con sostanze materiali di tipo diverso

Dove conservi le miscele preparate?

Nei contenitori a chiusura ermetica, in armadi appositi

Nei contenitori a chiusura ermetica, sugli scaffali, tavoli, etc

Nei contenitori a chiusura ermetica, in armadi comuni con sostanze materiali di tipo diverso

Nei contenitori pratici per l'uso immediato, in armadi appositi

Nei contenitori pratici per l'uso immediato, sugli scaffali, tavoli, etc

Nei contenitori pratici per l'uso immediato, in armadi comuni con sostanze materiali di tipo diverso

Dove conservi le sostanze solide (malte, polveri, sali)?

Nei contenitori originali, in armadi appositi

- Nei contenitori originali, sugli scaffali, tavoli, etc
- Nei contenitori originali, in armadi comuni con sostanze materiali di tipo diverso
- Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, in armadi appositi
- Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, sugli scaffali, tavoli, etc
- Nei contenitori non originali, ma pratici per l'uso immediato, in armadi comuni con sostanze materiali di tipo diverso

Ti capita di avvertire in modo persistente l'odore dei solventi nell'ambiente di lavoro durante le fasi non applicative?

Si no

Se si, ne sei infastidito? Si no

Mal di testa Si no

Bruciore agli occhi Si no

Infortunistica

Le è mai capitato di avere un infortunio sul lavoro?

Si No

Se si, quanti?:

- 1
- 2
- 3
- 4
- Altro.....

(se hai avuto un altro incidente sul lavoro ripeti la descrizione che segue sul secondo modulo, se ne hai avuto più di due, allega foglio)

Se si, con che tipo di rapporto di lavoro?

Dipendente

Tipo di Contratto Nazionale del Lavoro :(scrivere).....

Autonomo

Parasubordinato

Tipo di contratto:(scrivere).....

Indossavi i dispositivi di protezione individuale al momento dell'incidente?

Si No

Se si quali?

Guanti

Tuta da lavoro

Cuffie

Casco di protezione

Scarpe antinfortunistiche

Mascherine

Occhiali

Maschera con filtro

imbracatura

Altro (specificare.....)

In quale ambiente lavorava al momento dell'incidente?

Cantiere

Laboratorio

Altro (specificare).....

In quale fase del lavoro è avvenuto l'infortunio?

- Operazioni preliminari/preparazione materiali, attrezzature, etc
- Movimentazione e trasporto del manufatto
- Pulitura (specificare se meccanica o chimica)
- Consolidamento
- Operazioni di disinfestazione e disinfezione
- Stuccatura o riadesione di parti pericolanti
- Integrazioni di parti mancanti
- Durante gli spostamenti sulle impalcature
- Operazioni di fine giornata
- Altro (specificare.....)

Di che natura è stato l'infortunio?

- Caduta dall'alto
- Contusione/Colpo
- Lacerazione
- Taglio
- Ustione
- Irritazione
- Reazione allergica
- Lesioni da sforzo (strappo muscolare/altro)
- Corpi estranei
- Inalazione
- Altro (specificare.....)

Al momento dell'infortunio, da quanto tempo era iniziato il suo turno di lavoro?

- Da meno di 2 ore consecutive/inizio giornata
- 2 a 4 ore consecutive
- 4 a 7 ore consecutive
- prima di pranzo
- dopo pausa pranzo
- fine giornata
- altro

L'infortunio è stato denunciato all'Inail?

- Sì No

Quali sono state le conseguenze dell'infortunio?

- nessuna
- invalidità temporanea al lavoro (≤ 3 giorni)
- invalidità temporanea al lavoro (≥ 3 giorni)
- Invalidità permanente certificata, grado di invalidità%

Quali sono secondo lei i fattori che hanno favorito il suo incidente-infortunio?

- Condizioni atmosferiche
- Distrazione
- Abitudine alla manovra
- Stanchezza
- Bere, mangiare
- Comportamenti di altri
- Contatto diretto con sostanze tossico-irritanti
- Carenza di strutture nell'ambiente di lavoro
- Mancanza di dispositivi di protezione individuali
- Mancanza di dispositivi di protezione collettivi
- Non utilizzo dei dispositivi di protezione a disposizione
- Altro (specificare.....)

Quale zona del corpo è stata interessata dall'infortunio?

- Testa Collo Occhi Naso Bocca Torace
- Arti superiori schiena Natiche Mano sinistra Mano destra
- Arti inferiori Piedi Ferite multiple Lesioni interne(dove.....)
- Altro.....

Di quali dei seguenti disturbi di seguito elencati, attribuibili all'ambiente di lavoro, soffre?

- Bronchite cronica
- Asma
- Ipoacusia
- Abbassamento della vista
- Bruciore agli occhi
- Disturbi allergici
- Altro

Assumi sostanze alcoliche?

Sì lieve moderato forte
No

Hai l'abitudine al fumo di tabacco?

Sì lieve moderato forte
No

Sul suo posto di lavoro vengono eseguite visite mediche periodiche ?

Sì No

Se sì, con quale frequenza?

- Ogni 6 mesi
- Ogni 12 mesi
- Ogni 2 anni
- Più di 2 anni

Che tipi di controlli vengono effettuati?.....

Viene informato riguardo agli esiti, e viene rilasciata relativa documentazione?

Sì No