

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

GOMMA - COMPRESA LA 'GOMMA TERMOPLASTICA'

1 Può descriverci con parole sue la mansione che svolge/svolgeva?

2 Con quale frequenza svolgeva queste operazioni?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Ogni settimana | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Ogni mese | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Non so | |

3 Quali altre attività erano presenti oltre a quella principale dell'unità produttiva?

4 Dimensione dell'attività produttiva

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meno di 10 dipendenti | <input type="checkbox"/> 10 - 100 dipendenti |
| <input type="checkbox"/> 100 - 200 dipendenti | <input type="checkbox"/> Oltre 200 dipendenti |

5 Tipo di lavoro

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tempo pieno | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Tempo parziale | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Stagionale _____ | Indicare il n. di mesi/anno _____ |

6 Nome del reparto

7 Produzione del reparto

Gomma - compresa la 'gomma termoplastica'

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

8 Tipo di ambiente di lavoro

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Officina/reparto industriale | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Impianto all'aperto | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Deposito/magazzino | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio artigiano | Tempo trascorso (%) _____ |
| Altro, specificare _____ | Tempo trascorso (%) _____ |

9 Descrizione del reparto

Dimensioni _____

N. di persone presenti _____

N. di macchinari presenti _____

Tipo di macchinari presenti _____

Fonti di calore _____

Ventilazione _____

10 In quale tipo di produzione del comparto lavora/ha lavorato in questo periodo?

- Pneumatici
- Camere d'aria
- Tubi
- Cavi elettrici
- Manicotti e/o tappi e/o analoghi articoli tecnici cavi
- Guarnizioni e/o analoghi articoli tecnici piani
- Suole ('fondi') e/o accessori per calzature
- Tappeti e nastri continui
- Tappeti e simili articoli in gomma stampata
- Tovaglie e/o analoghi articoli in gomma spalmata su supporto

Altro, specificare _____

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 In quale/i reparto/i e/o in che tipo di produzione è/era impegnato in questo periodo?

- Magazzinaggio delle materie prime
- Preparazione e dosatura del nerofumo
 - Manuale
 - Automatica
- Preparazione e dosatura di altri ingredienti
 - Liquidi/fluidi
 - In polvere
 - In granuli
- Preparazione e dosatura di cascami di gomma
- Preparazione e dosatura di oli plastificanti
 - Manuale
 - Automatica
- Preparazione e taglio di pani di gomma
- Caricamento dei mescolatori chiusi - Banbury
- Rilancio e scarico all'uscita dei mescolatori chiusi - Banbury
- Omogeneizzazione/calandratura in mescolatori aperti
- Trafilatura
- Impregnazione di
 - Tele metalliche
 - Tele tessili
- Confezione/assemblaggio a freddo di manufatti
- Vulcanizzazione
 - In presa verticale
 - In autoclave
- Finitura manuale di manufatti
- Riparazione manuale di manufatti fallati mediante impasti gommosi
- Catramatura di cavi
- Piombatura di cavi
- Controllo di qualità all'interno dei locali di produzione

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

- Controllo di qualità e/o attività di ricerca e sviluppo in laboratorio
- Movimentazione interna di materie prime e/o semilavorati e/o prodotti finiti
 - Con carrello elevatore 'muletto'
 - Con transpallet
 - Con altri mezzi meccanici
- Magazzinaggio dei prodotti finiti
- Spedizione dei prodotti finiti
- Lavori d'ufficio
 - All'interno dei locali di produzione
 - All'esterno dei locali di produzione
- Manutenzione e riparazioni
 - Meccaniche
 - Elettriche
 - Edili
- Pulizie industriali
- Altro, specificare _____

12 Ricorda di aver usato o comunque personalmente manipolato, in questo periodo, una delle seguenti sostanze?

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amianto | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Talco | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Stearato di zinco | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Eptano | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Benzene | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Benzina | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Stirene | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Trielina | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Percloroetilene | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Solventi in genere | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Oli aromatici | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Oli naftenici | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Oli paraffinici | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

Gomma - compresa la 'gomma termoplastica'

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oli plastificanti in genere | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Antiossidanti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Vulcanizzanti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Ritardanti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Pigmenti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

13 All'interno del locale in cui lei lavora/lavorava, circolano/circolavano mezzi di trasporto con motore a scoppio? Se sì, può specificare quali e in quale numero?

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Carrelli elevatori ('muletti') diesel | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Autocarri | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____ | N. _____ |

14 Durante il lavoro in questo periodo, si imbratta/imbrattava parti del corpo e/o indumenti?

- Sì No Non so

Se sì, per quanto le è possibile specifichi la natura e l'origine del materiale imbrattante

15 Ha svolto lavori di saldatura?

- Sì No Non so

16 Ha svolto lavori di verniciatura/decapaggio/sgrassaggio?

- Sì No Non so

17 Vi era presenza in ambienti di lavoro di

- | | | | |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Fumi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Polveri | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Vapori | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

Se sì, indicarne l'origine

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

18 Erano in funzione impianti di aspirazione?

- Sì No Non so

19 Usava mezzi di protezione personale?

- Sì No Non so

Se sì, di che tipo?

- Mascherine semifacciali
 Maschere facciali con filtri intercambiabili
 Maschere in genere
 Guanti in pelle
 Guanti in gomma
 Guanti in amianto
 Guanti in genere
 Grembiuli protettivi
 Tute protettive
 Protettori auricolari in genere
 Altro, specificare _____

In quali lavorazioni?

20 Durante lo svolgimento della sua mansione lavora/ ha lavorato in vicinanza di sorgenti di radiazioni ionizzanti o ha portato una piastrina/dosimetro per misurare l'esposizione a radiazioni ionizzanti?

- Sì No Non so

Se sì, specificare

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

21 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del suo posto di lavoro?

Sì No Non so

Se sì, quali?

22 Ha mai sostituito un collega?

Sì No Non so

Se sì, descriva in quali attività, per quanto tempo e con quale frequenza

Tipo di attività _____

Periodo _____

Frequenza Ogni giorno N. di ore _____

Ogni settimana N. di ore _____

Ogni mese N. di ore _____

Altro, specificare _____

23 Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportare?
