

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

## LEGNO

### 1 Può descrivere con parole sue la mansione che 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 ore/giorno _____ |

### 6 Nome del reparto

---

### 7 Produzione del reparto

---

Legno

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 Dove ha lavorato?

- |  |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> In segheria                             | <b>Se sì, indicare</b>            |                                 |
|  | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> In produzione di pannelli di truciolare | <b>Se sì, indicare</b>            |                                 |
|  | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> In produzione di pannelli di compensato | <b>Se sì, indicare</b>            |                                 |
|  | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> In produzione di mobili o infissi       | <b>Se sì, indicare</b>            |                                 |
|  | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |
| Altro, specificare _____   | <b>Se sì, indicare</b>            |                                 |
|  | N. di ore/giorno (in media) _____ | <input type="checkbox"/> Non so |

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

## 11 Quale legno veniva lavorato?

- |   |                             |                             |                                 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Legno duro           | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Legno tenero         | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Panforte, truciolare | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Altro, specificare _____                      | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

## 12 Nell'azienda si eseguivano trattamenti antimuffa?

- Sì                       No                       Non so

### Se sì, in che modo?

- In autoclave
- Per impregnazione a pannello
- A immersione

### Con quali sostanze?

- Arsenico
- Mercurio
- Clorofenoli

Altro, specificare \_\_\_\_\_

### Preparava i bagni antimuffa?

- Sì                       No                       Non so

### Se sì, specificare

N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_

Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

Sempre

Non so

## 13 Su quali macchine utensili ha lavorato?

- Seghe a nastro
- Toupies
- Pomiatrici

Legno

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**13 Su quali macchine utensili ha lavorato? (segue)** Seghe circolari Frese Levigatrici

Altro, specificare \_\_\_\_\_

**14 Effettuava operazioni di verniciatura** Sì No Non so**Se sì, specificare**

N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_

 Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_

 Sempre Non so**Se sì indicare con quali vernici** Vernici poliesteri Vernici poliuretaniche Vernici alla nitroAltro, specificare \_\_\_\_\_  Non so**15 Durante lo svolgimento delle operazioni a cui è/era addetto lavorava con macchine o apparecchiature a motore?** Sì No Non so**Se sì, può specificare il tipo di macchina?**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**La macchina era azionata da:** Motore elettrico Aria compressa o meccanismi idraulici Motore a scoppio

Legno



N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**18 Usava mezzi di protezione individuale? (segue)**

- 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?**  
\_\_\_\_\_**19 Durante lo svolgimento della sua mansione ha lavorato in vicinanza di sorgenti di radiazioni ionizzanti o ha portato una piastrina per misurare l'esposizione a radiazioni?**

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, specificare**  
\_\_\_\_\_**20 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del suo posto di lavoro?**

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, quali?**  
\_\_\_\_\_**21 Ha mai sostituito un collega?**

- Sì                       No                       Non so

Legno

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**21** Ha mai sostituito un collega? *(segue)*

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

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo \_\_\_\_\_

Frequenza  Ogni giorno                      Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Ogni settimana                      Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Ogni mese                              Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Altro, specificare \_\_\_\_\_

**22** Oltre a quanto chiesto vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_