

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

AGRICOLTURA E ALLEVAMENTO ANIMALE

1 Può descrivere con parole sue la mansione che svolgeva?

2 Dimensione dell'attività produttiva

Meno di 10 dipendenti

10 - 100 dipendenti

100 - 200 dipendenti

Oltre 200 dipendenti

3 Tipo di lavoro

Tempo pieno

Indicare il n. di ore/giorno _____

Tempo parziale

Indicare il n. di ore/giorno _____

Stagionale _____

Indicare il n. di mesi/anno _____

4 In quali ambienti ha lavorato

Azienda _____

Dal _____ al _____

5 Qual era la sua posizione?

Mezzadro

Fisso

Stagionale

Salariato

Giornaliero

Bracciante/salariato

Fisso

Stagionale

Salariato

Giornaliero

Coltivatore diretto

Fisso

Stagionale

Salariato

Giornaliero

Contoterzista

Fisso

Stagionale

Salariato

Giornaliero

Operaio agricolo

Fisso

Stagionale

Salariato

Giornaliero

Altro, specificare _____

Fisso

Stagionale

Salariato

Giornaliero

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

6 Quale tipo di coltura praticava?

	Uso vendita			Uso familiare		
Cereali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Vite	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Olivo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Barbabietola da zucchero	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Agrumi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Soia/girasole	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Fragole	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Melo, pero	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Pesco, albicocco, susino, ciliegio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Vivai in genere	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Ortaggi da seme	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Fiori	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Altro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

7 Quali operazioni svolge abitualmente?

Preparazione miscela	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Trattamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Assistenza al trattamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Pulizia attrezzatura			
a fine trattamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
rientro colture	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
nei terreni trattati	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

Se sì, dopo quante ore rientrava in coltura?

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

8 Ha mai utilizzato oppure (nel caso avesse fatto esclusivamente mansioni di rientro) sa se sono mai stati utilizzati nella ditta i seguenti prodotti?

Insetticidi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Periodo		Dal _____	Al _____
Mediamente per quanti giorni all'anno?	_____		
E per quali colture?	_____		
Fungicidi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Periodo		Dal _____	Al _____
Mediamente per quanti giorni all'anno?	_____		
E per quali colture?	_____		
Erbicidi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Periodo		Dal _____	Al _____
Mediamente per quanti giorni all'anno?	_____		
E per quali colture?	_____		

9 Quali mezzi venivano usati di solito nel corso dei trattamenti?

Irroratrici a lancia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Irroratrici spalleggiate	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Atomizzatori	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Barre irroratrici	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Impolveratrici	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Trattori con cabina	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Trattori senza cabina	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Altro, specificare _____	_____	

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

10 Venivano allevati animali nelle aziende in cui ha lavorato?

Sì No Non so

Se sì, può indicare quali e quanti animali venivano allevati, la dimensione e il periodo dell'allevamento?

Bovini	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ Al _____
Ovini	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ Al _____
Suini	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ Al _____
Avicolo	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ Al _____
Cavalli	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ Al _____
Conigli	N. di capi _____	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Aziendali	Dal ____ Al _____

Altro, specificare _____

11 La stalla o gli ambienti in cui gli animali venivano allevati si trovavano

Nella casa, specificare dove _____ Vicino alla casa
 Lontano dalla casa Non so

12 Sono stati fatti trattamenti sugli animali o nelle stalle con insetticidi?

Sì No

Se sì, specificare Animali Stalle o ambienti in cui gli animali sono allevati

Per quanti giorni l'anno (in tutto)? _____

Di solito applicava lei i trattamenti? Sì No Non so Sì No Non so

Era lei ad applicare o mescolare le miscele di insetticidi? Sì No Non so Sì No Non so

In che modo veniva fatto il trattamento?

A mano con pennellature Sì No Non so Sì No Non so

Pompa a spalla Sì No Non so Sì No Non so

Atomizzatori a spalla Sì No Non so Sì No Non so

Altro, specificare _____ Sì No Non so Sì No Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

13 È stata mai usata la formaldeide/formalina?

- Sì No Non so

Se sì, in quali periodi?

Dal ____ Al ____ Dal ____ Al ____ Dal ____ Al ____ Dal ____ Al ____

In che modo veniva usata?

14 Entrava nella stalla dopo il trattamento?

- Sì No Non so

Se sì, per quale motivo?

15 Usava mezzi di protezione individuale?

- 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?

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

16 Quali altri lavori era solito fare nelle aziende in cui ha lavorato?

Pulizia delle macchine Sì No Non so

Manutenzione delle macchine Sì No Non so

Lavori di falegnameria Sì No Non so

Specificare di che tipo _____

Altro, specificare _____

17 Oltre quanto richiesto, ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportare?
