

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

ESERCIZIO FERROVIARIO - COMPRESA LA MANUTENZIONE DI LINEE

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 mesi/anno _____ |

6 Nome del reparto

7 Produzione del reparto

Esercizio ferroviario - compresa la manutenzione di linee

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?

- Convogli - conduzione
 - Convogli - altri lavori a bordo come 'personale viaggiante'
 - Mezzi d'opera - conduzione e/o utilizzo (comprese la posa e/o la rimozione di ballast per massiccianti)
 - Stazioni
 - Officine
 - Magazzini/depositi
 - Manutenzione e/o riparazione di linee e/o impianti lungo-linea
- Altro, specificare _____

11 Svolge/svolgeva anche turni notturni in questo periodo?

- Sì, in media _____ turni notturni all'anno No Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

12 È mai stato addetto a una o più delle operazioni di seguito specificate?

a) Conduzione di motrici elettriche

Sì No Non so

Se sì, specificare

N. di ore/giorno in media _____ Non so

N. di giorni/mese _____ Sempre Non so

b) Conduzione di motrici diesel

Sì No Non so

Se sì, specificare

N. di ore/giorno in media _____ Non so

N. di giorni/mese _____ Sempre Non so

c) Conduzione di motrici a vapore

Sì No Non so

Se sì, specificare

N. di ore/giorno in media _____ Non so

N. di giorni/mese _____ Sempre Non so

d) Manutenzione e/o riparazione di impianti di riscaldamento e/o raffrescamento sui rotabili

Sì No Non so

Se sì, specificare

N. di ore/giorno in media _____ Non so

N. di giorni/mese _____ Sempre Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

12 È mai stato addetto a una o più delle operazioni di seguito specificate? (segue)**e) Manutenzione e/o riparazione di impianti elettrici sui rotabili** Sì No Non so**Se sì, specificare**N. di ore/giorno in media _____ Non soN. di giorni/mese _____ Sempre Non so**f) Manutenzione e/o riparazione di linee elettriche, cabine elettriche e altri impianti elettrici a terra** Sì No Non so**Se sì, specificare**N. di ore/giorno in media _____ Non soN. di giorni/mese _____ Sempre Non so**g) Pulizia e/o disinfezione di rotabili, sia come personale viaggiante sia come personale di stazione durante la sosta dei convogli** Sì No Non so**Se sì, specificare**N. di ore/giorno in media _____ Non soN. di giorni/mese _____ Sempre Non so**h) Spruzzatura di erbicidi lungo linea** Sì No Non so**Se sì, specificare**N. di ore/giorno in media _____ Non soN. di giorni/mese _____ Sempre Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

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

(Nota per l'intervistatore: contrassegnare tutte le sostanze per cui è stata data una risposta positiva, anche a solo a titolo di possibilità)

Amianto compatto (sindanio e/o simili)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Amianto in 'cartone' o simili	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Amianto in fibre libere e/o polvere	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Fibre minerali artificiali (lana di vetro e/o di roccia e/o simili)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Pietrisco ('ballast') per massicciate di colore verdastro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Vernici	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Solventi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Detergenti e/o disinfettanti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

14 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?

- Carrelli elevatori ('muletti') diesel N. _____
- Autocarri N. _____
- Altro, specificare _____ N. _____

15 Durante il lavoro in questo periodo, si imbratta/imbrattava parti del corpo e/o indumenti? Se sì, per quanto le è possibile specifichi la natura e l'origine del materiale imbrattante

16 Ha svolto lavori di saldatura?

- Sì No Non so

17 Ha svolto lavori di verniciatura/decapaggio/sgrassaggio?

- Sì No Non so

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

18 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 _____

19 Erano in funzione impianti di aspirazione?

- Sì No Non so

20 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° _____

21 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

22 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del vostro posto di lavoro?

Sì No Non so

Se sì, quali?

23 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 Indicare il n. di ore _____

Ogni settimana Indicare il n. di ore _____

Ogni mese Indicare il n. di ore _____

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