

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

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

## TRASPORTI (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

**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

---

---

Trasporti (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

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

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

## 7 Produzione del reparto

---

## 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 Che tipo di veicolo usa/usava?

- Autovettura/taxi
- Pullman/corriera/autobus
- Tram
- Motocarro
- Pulmino
- Autocarro (camion)
- Autoarticolato (TIR)
- Metropolitana
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

Trasporti (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

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

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

## 10 Che tipo di veicolo usa/usava? (segue)

### Indicare il tipo di alimentazione

- Benzina
- Gas
- Diesel
- Elettrico

## 11 Dove svolgeva la sua attività?

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Città                    | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Autostrada               | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Altre strade fuori città | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Magazzino                | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Officina                 | Tempo trascorso (%) _____ |

## 12 Qual era la sua mansione?

### A) GUIDA

- Sì                                       No                                       Non so

#### Se sì, indicare

- N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_                                       Non so
- N. di giorni/mese \_\_\_\_\_                                       Sempre                                       Non so

### B) BIGLIETTAIO

- Sì                                       No                                       Non so

#### Se sì, indicare

- N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_                                       Non so
- N. di giorni/mese \_\_\_\_\_                                       Sempre                                       Non so

### C) MANUTENZIONE MECCANICA

- Sì                                       No                                       Non so

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

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

## 12 Qual era la sua mansione? (segue)

### Se sì, indicare

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

Non so

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

Sempre

Non so

### Se sì, indicare il tipo di manutenzione

Pulizia motore

Al chiuso

All'aperto

Cambio olio

Al chiuso

All'aperto

Freni, frizione

Al chiuso

All'aperto

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

Al chiuso

All'aperto

### D) MANUTENZIONE CARROZZERIA

Sì

No

Non so

### Se sì, indicare

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

Non so

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

Sempre

Non so

### Se sì, indicare il tipo di manutenzione

Lavaggio automezzo

Al chiuso

All'aperto

Piccole riverniciature

Al chiuso

All'aperto

Piccole saldature, specificare il tipo \_\_\_\_\_

Al chiuso

All'aperto

### E) Altra mansione, specificare \_\_\_\_\_

Sì

No

Non so

Trasporti (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

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

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

## 12 Qual era la sua mansione? (segue)

**Se sì, indicare**

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

Non so

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

Sempre

Non so

## 13 Quali erano i principali materiali trasportati?

---

---

---

## 14 Effettuava operazioni di carico e scarico?

Sì

No

Non so

**Se sì, specificare**

All'aperto

Al chiuso

## 15 Ha mai usato solventi chimici?

Sì

No

Non so

**Se sì, di che tipo?**

---

**Per quale operazione?**

---

**Con quale frequenza?**

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° \_\_\_\_\_

## 16 Ha mai usato pesticidi?

- Sì  No  Non so

### Se sì, di che tipo?

- Erbicidi  
 Insetticidi  
 Fumiganti

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

## 17 Vi era presenza nell'ambiente 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

\_\_\_\_\_

## 18 Erano in funzione impianti di aspirazione?

- Sì  No  Non so

## 19 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

Trasporti (compresi i rappresentanti o i viaggiatori di commercio)

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

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

## 19 Usava mezzi di protezione individuale? (segue)

- 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 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**

\_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

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

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

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

Frequenza

Ogni giorno

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

Ogni settimana

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

Ogni mese

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

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

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

---

---