

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

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

## LAVANDERIA

### 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

---

Lavanderia

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 Nome del luogo di lavoro

\_\_\_\_\_

## 11 Quali attività si svolgevano in lavanderia?

Lavaggio a secco  Sì  No

### Se sì, specificare

N. di cicli a settimana \_\_\_\_\_

 A ciclo aperto Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ A ciclo chiuso Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Lavaggio ad acqua Indicare il n. di cicli a settimana \_\_\_\_\_

Tinto-lavanderia Indicare il n. di cicli a settimana \_\_\_\_\_

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

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

**12 Quali dei seguenti compiti ha svolto?****A) SMACCHIATURA**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

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

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

**B) STIRATURA**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

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

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

**C) LAVAGGIO**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

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

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

**D) MANUTENZIONE DELLA MACCHINA**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

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

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

**E) PULIZIA FILTRI**

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 Quali dei seguenti compiti ha svolto? (segue)

### F) RICARICO DEL SOLVENTE

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

### G) CARICO/SCARICO MACCHINE

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare

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

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

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

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

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

## 13 Quali solventi ha usato?

Trielina (tricloroetilene)

Percloroetilene (tetracloroetilene)

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

## 14 Vi era presenza nell'ambiente di lavoro di:

Fumi  Sì  No  Non so

Polveri  Sì  No  Non so

Vapori  Sì  No  Non so

#### Se sì, indicarne l'origine

\_\_\_\_\_

Lavanderia

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

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

### 15 Erano in funzione impianti di aspirazione?

- Sì  No  Non so

### 16 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?

\_\_\_\_\_

### 17 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

\_\_\_\_\_

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

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

**18** Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del vostro posto di lavoro? Sì  No  Non soSe sì, quali?  
\_\_\_\_\_**19** 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 \_\_\_\_\_

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

**20** Oltre a quanto chiesto vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_