

**TIPOLOGIA
CONTRATTUALE**

Asti,

S.O.C. Personale e Legale

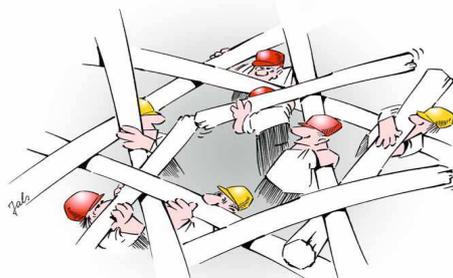
- 01 Dipendente a tempo indeterminato
02 Dipendente a tempo determinato
03 Collaboratore coordinato e continuativo
04 Lavoratore temporaneo
05 Libero professionista
06 Comandato da altre amministrazioni pubbliche
07 Borsista (borsa studio)
08

Datore di Lavoro Delegato

- A Lavoratore che svolge prestazioni professionali di tipo accessorio
B Partecipante a corso di formazione professionale.
C Allievo degli Istituti di Istruzione e Universitari e il partecipante a corsi di formazione professionali.
D Frequentatore volontario
E Tirocinante in formazione e orientamento.
F Personale in rapporto convenzionale (specialista ambulatoriale, medico 118, guardia medica)
G Dipendente altre ASL/Enti
H Borsa lavoro
I Lavoratori utilizzati nei lavori socialmente utili
L Volontario singolo
M Associazione di volontariato
N Clinical specialist
O

REGISTRO ATTIVITÀ
 PERSONALE EQUIPARATO

SIG.



**DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI
DA INTERFERENZE**

**INFORMAZIONI SUI RISCHI SPECIFICI
LUOGO DI LAVORO**

(Art 26, comma 1 lett. B, D.Lgs. 81/08)

**MISURE ADOTTATE PER ELIMINARE O RIDURRE AL MINIMO
I RISCHI DA INTERFERENZE**
(Art. 26, comma 3, D.Lgs. 81/08)

LUOGO DI LAVORO - TIROCINIO - STAGE:

- DIREZIONE GENERALE
 PRESIDI OSPEDALIERI RIUNITI ASTI VALLE BELBO
 COORDINAMENTO DISTRETTUALE
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO TECNICO LOGISTICO

REGISTRO ATTIVITÀ PERSONALE DIPENDENTE / EQUIPARATO

Il presente documento, deve essere custodito dal SOGGETTO INTERESSATO e riconsegnato al termine del periodo dell'attività svolta nelle Strutture dell'A.S.L. AT tramite le Figure Responsabili della Sicurezza alla S.O.C. Ufficio Personale e Legale (dipendente) e/o OSRU (equiparato) e S.P.P.

Premessa

Questa procedura è stata istituita con lo scopo di tutelare i lavoratori e/o tutti coloro che a qualsiasi titolo si trovano ad operare all'interno della nostra Azienda Sanitaria, così definiti lavoratori equiparati.

Il D.Lgs.81/08 e sue integrazioni indicano:

art.2 a) definisce «*lavoratore*»:

persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione. Il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della Legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle Leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione.

art 3 comma 12bis «*volontari*»:

Nei confronti dei volontari di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, e dei volontari che effettuano servizio civile, dei soggetti che prestano la propria attività, spontaneamente e a titolo gratuito o con mero rimborso di spese, in favore delle associazioni di promozione sociale di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 383, e delle associazioni sportive dilettantistiche di cui alla legge 16 dicembre 1991, n. 398, e all'articolo 90 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e successive modificazioni, nonché nei confronti di tutti i soggetti di cui all'articolo 67, comma 1, lettera m), del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 21 del presente decreto. Con accordi tra i soggetti e le associazioni o gli enti di servizio civile possono essere individuate le modalità di attuazione della tutela di cui al primo periodo. Ove uno dei soggetti di cui al primo periodo svolga la sua prestazione nell'ambito di una organizzazione di un datore di lavoro, questi è tenuto a fornire al soggetto dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti negli ambienti nei quali è chiamato ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla sua attività. Egli è altresì tenuto ad adottare le misure utili a eliminare o, ove ciò non sia possibile, ridurre al minimo i rischi da interferenze tra la prestazione del soggetto e altre attività che si svolgano nell'ambito della medesima organizzazione.

art. 20 comma 2 h) «*obblighi del lavoratore*»:

partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal Datore di Lavoro

NB: la non osservanza dell'obbligo è sanzionata al lavoratore con l'ammenda da 219,20 a 657,00 euro.

Art. 37 comma 14 bis «*formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti*»:

In tutti i casi di formazione ed aggiornamento, previsti dal presente decreto legislativo per dirigenti, preposti, lavoratori e rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza in cui i contenuti dei percorsi formativi si sovrappongano, in tutto o in parte, è riconosciuto il credito formativo per la durata e per i contenuti della formazione e dell'aggiornamento corrispondenti erogati. Le modalità di riconoscimento del credito formativo e i modelli per mezzo dei quali è documentata l'avvenuta formazione sono individuati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la Commissione consultiva permanente di cui all'articolo 6. Gli istituti di istruzione e universitari provvedono a rilasciare agli allievi equiparati ai lavoratori, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera a), e dell'articolo 37, comma 1, lettere a) e b), del presente decreto, gli attestati di avvenuta formazione sulla salute e sicurezza sul lavoro.

NB: la non osservanza dell'obbligo è sanzionata al DL inviante con l'ammenda da 1315,20 a 5699,20 euro.

Per queste ragioni è importante che il **personale**, individuato con codifica

(in frontespizio) **.C. X .ALLIEVO UNIVERSITARIO**, venga seguito dall'inizio del suo inserimento fino alla fine della permanenza dal D.L.D., dal Dirigente S.G.S.L. e dal Preposto S.G.S.L. con eventualmente un supporto di una persona esperta, quale un Tutor designato.

IL DIRIGENTE e/o PREPOSTO (a seconda dei casi)

Trasmette copia dei MODULI 1-2 e 3 per **personale dipendente**

- alla S.O.C. Personale e Legale per l'archiviazione nel fascicolo personale
- a D.L.D. e S.P.P. per opportuna informazione.
- a OSRU per aggiornamento anagrafica aziendale / Libretto del Cittadino.

Trasmette copia dei MODULI 1-2 -3 e 4 per **personale equiparato**

- a D.L.D. e S.P.P. per opportuna informazione.
- a OSRU aggiornamento anagrafica aziendale / Libretto del Cittadino

Chiunque non rispetti tale procedura né risponderà personalmente su un eventuale infortunio/malattia professionale o richiesta danni.

REGISTRO ATTIVITÀ PERSONALE DIPENDENTE / EQUIPARATO

Il presente documento, deve essere custodito dal SOGGETTO INTERESSATO e riconsegnato al termine del periodo dell'attività svolta nelle Strutture dell'A.S.L. AT tramite le Figure Responsabili della Sicurezza alla S.O.C. Ufficio Personale e Legale (dipendente) e/o OSRU (equiparato) e S.P.P.

MODULO 1 - INFORMAZIONI PERSONALI

DA COMPILARE A CURA DEL SOGGETTO INTERESSATO

Nome Cognome Sesso M F

Nato/a a (comune) (Provincia) il/...../..... Nazionalità

Residenza (comune) (Provincia) (CAP)

Indirizzo (N. civico) Indirizzo posta elettronica

Codice fiscale Recapito telefonico

Attività professionale da esercitare/apprendere presso ASL AT INFERMIERE

PRINCIPALI ATTIVITÀ LAVORATIVE SVOLTE PRECEDENTEMENTE

.....

FORMAZIONE PREGRESSA (ALLEGARE COPIA)

Dichiara di comprendere e conoscere la lingua italiana, lingua veicolare utilizzata nel percorso formativo e lavorativo.

Firma

Sottoscrivendo quanto dichiarato, il Soggetto interessato s'impegna a:

- Effettuare la visita medica preventiva programmata. *Nel caso in cui il Soggetto interessato sia un Dipendente di altro Ente, all'atto della compilazione del MODULO 2, dovrà consegnare copia di idoneità lavorativa recente.*
- Sottoporsi ai percorsi informativi e formativi **generali e specifici** nelle prime giornate lavorative sotto la docenza del Preposto. (specifico per neoassunti), se lavoratore equiparato deve consegnare attestato Rischio Generico e Specifico
- Sottoporsi ai percorsi formativi generali, specifici e **integrativi**, ove previsti e programmati dall'Azienda.
- Indossare la divisa, se richiesta dall'attività.
- Esporre la tessera di riconoscimento con proprie generalità e corredata di foto ove previsto.
- Usare correttamente i Dispositivi di Protezione Individuale forniti e Dispositivi Protezione Collettiva presenti sul luogo di lavoro.
- Attenersi alle "buone prassi" fornite.
- Segnalare immediatamente al Preposto l'infortunio e/o quasi incidente (near miss) accaduto, avendo cura di compilare il modulo predisposto in Reparto (Dichiarazione infortunato); di recarsi al Pronto Soccorso solo per gli infortuni e dichiarando da quale Ditta / Ente / Università è in carico.
- Effettuare la visita medica di fine rapporto, quando prescritto per legge (rischio chimico – preparazione cancerogeni - biologico uso deliberato).
- A rispettare i DIVIETI normativi su: FUMO – ASSUNZIONE e SOMMINISTRAZIONE di BEVANDE ALCOLICHE e SUPERALCOLICHE durante tutto il periodo di lavoro.

Data

Firma

REGISTRO ATTIVITÀ PERSONALE DIPENDENTE / EQUIPARATO

Il presente documento, deve essere custodito dal SOGGETTO INTERESSATO e riconsegnato al termine del periodo dell'attività svolta nelle Strutture dell'A.S.L. AT tramite le Figure Responsabili della Sicurezza alla S.O.C. Ufficio Personale e Legale (dipendente) e/o OSRU (equiparato) e S.P.P.

MODULO 2 - INFORMAZIONI BASE/ ACCOGLIENZA

DA COMPILARE A CURA DELLA S.O.C. PERSONALE E LEGALE : PERSONALE DIPENDENTE
DLD E/o OSRU A.S.L. AT : PERSONALE EQUIPARATO

- Tempo indeterminato Tempo determinato
- Convenzione** n.22-5145 del 28/12/ 2012 in atto tra A.S.L. AT e UNITO- REG Piemonte valida al 30/09/2015
- Autorizzazione** n.____ del _____ rilasciato davalida
- altro**valida.....
- Lavoratore equiparato ha consegnato:** Attestato di avvenuta formazione Rischio generale (4 ore)
(copia attestato allegato al Registro Attività) Attestato di avvenuta formazione Rischio Specifico (12 ore)

NB: la non consegna dell'attestazione di avvenuta formazione preclude l'inizio dell'attività.

Proveniente Università UNI TO –SCUOLA DI MEDICINA

Indirizzo Piazzale De André - ASTI

Datore di Lavoro del Soggetto interessato (DL) Rettore AJANI GIAN MARIA

Dirigente/Tutor di riferimento del Soggetto interessato (DIR) (nome e cognome) VILLA MAURO

Data di inizio attività [] Data di cessazione [] Totale ore circa 500

Assegnazione con la mansione di INFERMIERE presso Unità Operativa/e :

Al soggetto interessato

- Viene consegnato il **REGISTRO ATTIVITÀ**'.
- Viene consegnato tesserino di riconoscimento (nei casi dove è richiesto).
- Viene acquisita e allegata copia del Certificato di Idoneità recente (per soggetto proveniente da altro Ente) che verrà trasmessa al Medico Competente Aziendale.
- Viene allegata copia del Certificato di Idoneità rilasciato dal Medico Competente.
- In caso in cui il soggetto non sia in possesso del suddetto Certificato, viene prenotata, da uffici firmatari del MODULO 2, la visita medica, di idoneità lavorativa al Dott. _____
il _____ ore _____ (Tale modulo serve da impegnativa, per la visita medico competente)

Invia il Soggetto lavoratore con il **REGISTRO ATTIVITÀ** al Sig. _____

in quanto DIRIGENTE S.G.S.L. di riferimento A.S.L.AT

Data _____

Firma del D.LD.

....dr. Roberto GERBI ..

REGISTRO ATTIVITÀ PERSONALE DIPENDENTE / EQUIPARATO

Il presente documento, deve essere custodito dal SOGGETTO INTERESSATO e riconsegnato al termine del periodo dell'attività svolta nelle Strutture dell'A.S.L. AT tramite le Figure Responsabili della Sicurezza alla S.O.C. Ufficio Personale e Legale (dipendente) e/o OSRU (equiparato) e S.P.P.

MODULO 3 - CHECK LIST FASE INGRESSO LAVORO

DA COMPILARE A CURA DEL DIRIGENTE S.G.S.L. A.S.L. AT

Il sottoscritto DIRIGENTE S.G.S.L., **verificata** al Sig.

Nome Cognome con codifica

- la congruità del giudizio di idoneità lavorativa alla mansione specifica rilasciata dal Medico Competente;
- la presenza degli Attestati di avvenuta formazione **Rischio Generale** e **Rischio Specifico** se trattasi di lavoratore equiparato
- curriculum formativo, motivazione, coerenza tirocinio con ambito lavorativo se lavoratore equiparato.

Invia il Soggetto lavoratore con il **REGISTRO ATTIVITÀ** al Sig.

in quanto **Preposto** della Unità Operativa in qualità

- neoassunto trasferimento da reparto
- VERIFICATA la non idoneità**, per mancanza di uno dei requisiti citati, NON si AUTORIZZA l'ingresso in Azienda

Data Timbro e Firma

DA COMPILARE A CURA DEL PREPOSTO S.G.S.L. A.S.L. AT

Il sottoscritto Nome Cognome

In qualità di **PREPOSTO** della Struttura, direttamente (*), immediatamente all'ingresso.

VERIFICA che il Soggetto interessato:

- Se si tratta di lavoratore equiparato, prende copia avvenuta formazione Rischio Generale e Rischio Specifico,
- Possa accedere presso ai locali di lavoro, solo dopo la dichiarazione di idoneità del Medico Competente indipendentemente dalla tipologia contrattuale svolta nell'organizzazione.
- Sia dotato di una divisa analoga a tutti gli operatori aziendali, fornendo eventuali informazioni aggiuntive e garantendone l'approvvigionamento (ove previsto).
- Sia munito di apposita tessera di riconoscimento, ove previsto.

(*) **NOMINA come TUTOR di riferimento, Sig** _____ in quanto persona esperta che affiancherà per l'addestramento sul luogo di lavoro il Soggetto interessato ai sensi art. 37 comma 5.

REGISTRO ATTIVITÀ PERSONALE DIPENDENTE / EQUIPARATO

Il presente documento, deve essere custodito dal SOGGETTO INTERESSATO e riconsegnato al termine del periodo dell'attività svolta nelle Strutture dell'A.S.L. AT tramite le Figure Responsabili della Sicurezza alla S.O.C. Ufficio Personale e Legale (dipendente) e/o OSRU (equiparato) e S.P.P.

FORNISCE al Tirocinante:

- Informazioni sui rischi specifici del settore (es. consegnando Ciclo Lavorativo, eventuale sintesi VDR effettuata)
- informazione e formazione sui D.P.I. da utilizzare (consegna certificata dei Dispositivi Protezione Individuali)
- indicazioni in merito all'ubicazione dei D.P.C. (dispositivi protezione collettivi es. cappe, aghi protetti,...)
- informazioni e formazione sulle attrezzature in uso (visione elenco dettagliato di SOC e loro manuale uso)
- informazioni e formazione sulle tecnologie utilizzate (visione elenco dettagliato di SOC)
- informazioni e formazione su ausili in dotazione (visione elenco dettagliato di SOC)
- informazioni su sostanze/preparati pericolose presenti e le relative schede di sicurezza dei prodotti
- informazioni su gestione delle emergenze non sanitarie (visione estratto PEI e procedure emergenza in uso)
- informazioni su procedure da seguire in caso di infortunio lavorativo (visione moduli aziendali predisposti)
- informazioni sulla sorveglianza sanitaria (visione protocollo sanitario)
- informazioni su "buone prassi" lavorative in uso (RM, RX, Laser, ...)

Il **Preposto** pianifica il tempo necessario perché il lavoratore equiparato possa effettuare la formazione e l'addestramento.

Data Preposto

Tutor di riferimento

Soggetto interessato

IL PREPOSTO

Trasmette copia dei Moduli 1-2 -3 e 4 per **personale equiparato**

- a D.L.D. e S.P.P. per opportuna informazione.
- a OSRU aggiornamento anagrafica aziendale / Libretto del Cittadino

REGISTRO ATTIVITÀ PERSONALE DIPENDENTE / EQUIPARATO

Il presente documento, deve essere custodito dal SOGGETTO INTERESSATO e riconsegnato al termine del periodo dell'attività svolta nelle Strutture dell'A.S.L. AT tramite le Figure Responsabili della Sicurezza alla S.O.C. Ufficio Personale e Legale (dipendente) e/o OSRU (equiparato) e S.P.P.

MODULO 4 - CONCLUSIONE PER PERSONALE EQUIPARATO

DA COMPILARE A CURA DEL SOGGETTO INTERESSATO: AD OGNI CAMBIO REPARTO

Il sottoscritto Nome Cognome Sesso M F

lavoratore, individuato con codifica ..C.. ~~ALLIEVO UNIVERSITARIO~~

dichiara sotto la propria responsabilità di:

- Non essere stato vittima di infortunio
- Essere stato vittima di infortunio e di aver notificato al Preposto ASL l'accaduto
- Non essere stato soggetto a situazioni di pericolo
- Essere stato soggetto a situazioni di pericolo/quasi incidente (near miss) e di aver notificato al Preposto l'evento specificandone le dinamiche (periodo/data luogo conseguenze)

Data

Firma

DA COMPILARE A CURA DEL PREPOSTO S.G.S.L.

Il sottoscritto Nome Cognome

In qualità di PREPOSTO S.G.S.L., sentito il TUTOR di riferimento, Sig./ra
con la presente certifica quanto dichiarato dal Soggetto interessato nel capitolo precedente.

Prenota la visita medica di fine rapporto, **quando prescritto dalla legge** (rischio chimico – preparazione cancerogeni – biologico uso deliberato), dal Dott. il ore

Certifica la frequenza del soggetto interessato come da programma:

Data di inizio attività/...../..... Data di cessazione/...../..... Totale h/gg

Attività professionale da apprendere/perfezionare

svolta presso la S.O.C./S.O.S. /S.O.S.D.....

Data

Firma

Il Preposto Trasmette il REGISTRO ATTIVITÀ e in specifico Modulo 4 a S.P.P. per opportuna informazione, e a OSRU per aggiornamento anagrafica aziendale.