

Al **Direttore**

DATI RICHIEDENTE

COGNOME	NOME
RESIDENZA	
TELEFONO (MOBILE)	E-MAIL
QUALIFICA	

ENTE DI APPARTENENZA

TIPOLOGIA ☐ UNIVERSITA' ☐ AZIENDA OSPEDALIERA ☐ ALTRO

DETTAGLIO

STRUTTURA DI APPARTENENZA

DIPARTIMENTO/SEZIONE

ALTRO

RESPONSABILE (Nota 1)

PROGETTO DI RICERCA

TITOLO

RESPONSABILE PROGETT

CAUSALE DELLA RICHIESTA

- ☐ accesso ex-novo (per gli operatori che accedono per la prima volta allo S.U.U.)
- ☐ prosecuzione dell'accesso precedentemente interrotto o sospeso
- ☐ prosecuzione dell'accesso per il protrarsi dell'attività sperimentale rispetto a quanto dichiarato nella compilazione della precedente rich
- ☐ variazione del tipo di materiali introdotti e/o del progetto di Ricerca
- ☐ accesso come visitatore

Nota 1 - Per Responsabile della Struttura di Appartenenza, si intende il Direttore del Dip.to o il Responsabile della Sez.ne o il Direttore del Centro Servizi o il Responsabile del Progetto di Sperimentazione in vivo o il Responsabile del laboratorio. Nel caso di enti non universitari il Responsabile della Struttura di appartenenza dell'utente.

INFORMAZIONI SULL'OPERATORE

L'Operatore è obiettore di coscienza?

☐ SI

☐ NO

L'Operatore ha ricevuto adeguata formazione interna sulla cura, benessere e mantenimento degli animali e sul D.Lgs. 26/2011

☐ SI

☐ NO

Se SI, specificare il
tipo di formazione
e/o informazione
ricevuta e il periodo
di riferimento

L'Operatore dichiara che nelle ultimi 72 ore non ha frequentato un altro S.U. e non ha avuto contatti con animali da laboratorio

☐ SI

☐ NO

Se SI, specificare quali:

L'Operatore prevede di frequentare lo stabulario per un periodo di mesi: a partire dal fino al

L'Operatore prevede di accedere allo stabulario per lo svolgimento dell'attività di cui al punto precedente con frequenza:

☐ giornaliera

☐ settimanale

☐ quindicinale

☐ mensile

☐ altro (specificare la frequenza)

L'Operatore è sottoposto a sorveglianza sanitaria da parte di questo Ateneo?

☐ SI

☐ NO

se SI, in data

L'Operatore è stato sottoposto a vaccinazione/ricambio per **antitetanica** :

☐ SI

☐ NO

se SI, in data

L'Operatore è stato sottoposto a vaccinazione/ricambio per **antiepatite B** :

☐ SI

☐ NO

se SI, in data

Allergie eventuali:

L'operatore è stato adeguatamente informato sui rischi connessi all'attività lavorativa da svolgere presso lo stabulario (es. rischio biologico, rischi legato alla manipolazione degli animali da laboratorio, rischio chimico)

☐ SI

☐ NO

Se SI, specificare il
tipo di formazione
e/o informazione
ricevuta e il periodo
di riferimento

AGENTI BIOLOGICI DA INTRODURRE NELLO STABULARIO

Per agente biologico si intende: qualsiasi microrganismo anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita che potrebbe provocare infezioni, allergie e intossicazioni. Per microrganismo si intende qualsiasi entità microbiologica cellulare o meno, in grado di riprodursi o di trasferire materiale genetico. Per coltura cellulare si intende il risultato della crescita in vitro di cellule derivate da organismi pluricellulari (art. 267 del D.Lgs n. 81/08 e s.m.i.).

Applicabilità: ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

Adozione delle misure e dei dispositivi che consentono il trasporto sicuro dell'agente biologico (dalla Struttura di appartenenza allo Stabulario e viceversa) ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

Impiego di adeguate apparecchiature (es. cappa biologica/chimica): ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

Impiego di adeguati DPI (es. guanti, occhiali, dispositivi di protezione delle vie respiratorie): ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

MATERIALI BIOLOGICI DA INTRODURRE NELLO STABULARIO

Per materiale biologico si intende: sangue, emoderivati a rischio infettivo, tessuti animali, pezzi anatomici, altro materiale biologico potenzialmente contaminato da agenti biologici.

Applicabilità: ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

Impiego di adeguate apparecchiature e dispositivi di protezione collettiva: ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

Impiego di adeguati DPI (es. guanti, occhiali, dispositivi di protezione delle vie respiratorie): ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

AGENTI CHIMICI DA INTRODURRE NELLO STABULARIO

Per gli agenti chimici specificare il nome dell'agente, la categoria di pericolosità, indicare se vengono impiegati in soluzione o in miscela specificando le concentrazioni dei singoli componenti.

Applicabilità: ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

Adozione delle misure e dei dispositivi che consentono il trasporto sicuro dell'agente biologico (dalla Struttura di appartenenza allo Stabulario e viceversa) ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

Impiego di adeguate apparecchiature e dispositivi di protezione collettiva: ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

Impiego di adeguati DPI (es. guanti, occhiali, dispositivi di protezione delle vie respiratorie): ☐ NON PREVISTI dal progetto di ricerca: ☐ SI ☐ NO

Se SI, indicare quali

ALTRO

Segnalare ogni altra informazione riguardante i materiali introdotti all'interno dello Stabulario la cui manipolazione possa comportare rischi per la salute e la sicurezza dell'utente e delle altre persone presenti all'interno dello Stabulario stesso. Segnalare altresì l'effettuazione di lavorazioni particolarmente complesse e/o rischiose per l'operatore e riportare ogni elemento utile ai fini della quantificazione del rischio connesso all'attività svolta.

Catania lì

Visto del Responsabile progetto
(solo in caso di visitatori)

Firma dell'Operatore Richiedente

SPAZIO RISERVATO AL RIESAME

Data del Riesame

Firma del Resp. Benessere e Cura degli Animali

Firma del Direttore