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 mantanimento degli animalI e sul D.Lgs. 26/201 ☐ **SI** ☐ **NO**

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

L'Operato dichiara che nelle ultimi 72 ore non ha frequentato un altro S.U. e non ha avuto contatti con animali da laboratori ☐ **SI** ☐ **NO**

Se SI, specificare quali

L'Operatore prevede di frequentare lo stabulario per un periodi 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/richiamo per ***antitetanica*** : ☐ **SI** ☐ **NO** se SI, in data

L'Operatore è stato sottoposto a vaccinazione/richiamo 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 pluricellularei (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 respira ☐ **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 respira ☐ **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 respira ☐ **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

Firma dell'Operatore Richiedente

SPAZIO RISERVATO AL RIESAME

Data del Riesame

Firma del Resp. Benessere e Cura degli Animali

Firma del Direttore