



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

DIN-LABORATORI  
BOLOGNA

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DEL  
REGOLAMENTO DI SICUREZZA DEL  
DIPARTIMENTO E DELL'INFORMATIVA  
INERENTE LA REGISTRAZIONE DEI DATI  
PERSONALI DELL'ACCESSO**

MODULO Accesso studenti,  
assegnisti, dottorandi -  
Laboratori sede di BO

DICHIARAZIONE DA COMPILARE DAL PERSONALE NON STRUTTURATO  
AUTORIZZATO ALLA FREQUENZA DEL DIPARTIMENTO,  
PER LA PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO DI SICUREZZA DEL DIPARTIMENTO,  
NONCHÉ DELL'INFORMATIVA INERENTE ALLA REGISTRAZIONE DEI DATI PERSONALI  
DELL'ACCESSO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiara di aver preso visione del Regolamento di Accesso al Dipartimento e al Laboratorio di \_\_\_\_\_, delle Norme di Sicurezza, e dell'Informativa inerente alla registrazione dei dati personali per l'accesso, e di attenersi a quanto in essi riportato.

Dichiara di essere a conoscenza che il badge per l'accesso al Dipartimento, ricevuto in data odierna, è strettamente personale e non cedibile e che deve essere utilizzato per l'accesso secondo le norme indicate nei citati Regolamenti.

Autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei propri dati personali ai fini e con le modalità previste dall'Informativa.

Bologna, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*firma*

*Solo per le donne:*

Dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'obbligo di informare formalmente e tempestivamente il responsabile della ricerca ed il servizio di medicina del lavoro del proprio stato di gravidanza non appena accertato.

Bologna, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*firma*



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

DIN-LABORATORI  
BOLOGNA

## DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO DI SICUREZZA DEL DIPARTIMENTO E DELL'INFORMATIVA INERENTE LA REGISTRAZIONE DEI DATI PERSONALI DELL'ACCESSO

MODULO Accesso studenti,  
assegnisti, dottorandi -  
Laboratori sede di BO

### RICEVUTA DI ADEGUATA INFORMAZIONE E ADDESTRAMENTO E DI CONSEGNA DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

Il sottoscritto ....., in qualità di Responsabile del Laboratorio /Addetto Locale per la Sicurezza del DIN, in seguito alla valutazione dei rischi, ha consegnato in data .....al Sig. ....

per le attività svolte presso il Laboratorio di \_\_\_\_\_ del Dipartimento di Ingegneria Industriale i seguenti Dispositivi di Protezione Individuale:

- guanti di protezione (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- schermo di protezione per il viso (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- semimaschera con filtri antigas (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- facciale filtrante (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- occhiali di sicurezza (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- scarpe / stivali di sicurezza (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- cuffie/tappi antirumore (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- tute da lavoro (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- casco (tipo e modello: \_\_\_\_\_);
- altro: .....
- utilizzo macchine utensili (tipo e modello: \_\_\_\_\_).

Il sottoscritto ha provveduto altresì ad informare adeguatamente il lavoratore sulla necessità di indossare detti Dispositivi e in merito ai rischi dai quali è protetto, nonché ad informarlo/addestrarlo sul loro corretto utilizzo, conservazione e smaltimento. In particolare, secondo quanto previsto dall'art. 20 D.Lgs. 81/2008, ha informato il lavoratore che:

- *deve prendersi cura della propria sicurezza e della propria salute e di quella di altre persone che possono essere presenti sul luogo di lavoro e su cui possono ricadere gli effetti delle sue azioni ed omissioni, conformemente alla sua formazione ed alle istruzioni ed ai mezzi forniti dal Dipartimento;*
- *deve osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal Direttore, dal Responsabile dell'attività, dall'Addetto Locale per la Sicurezza e dal Preposto ai fini della protezione collettiva ed individuale;*
- *deve utilizzare correttamente i macchinari, le apparecchiature, gli utensili, le sostanze ed i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e le altre attrezzature di lavoro, nonché i dispositivi di sicurezza secondo l'addestramento ricevuto dalla struttura;*
- *deve utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a disposizione;*
- *deve segnalare immediatamente al Direttore, al Responsabile dell'attività, all'Addetto Locale per la Sicurezza e al Preposto le deficienze dei mezzi e dispositivi suddetti, nonché le altre eventuali condizioni di pericolo di cui venga a conoscenza.*

Con la sottoscrizione del presente modulo, il Sig. .... attesta l'avvenuta consegna di cui sopra e dichiara di aver ricevuto informazione e addestramento su:

- rischi e sicurezza connessi alle attività svolte all'interno del Dipartimento
- ubicazione, necessità, utilizzo, conservazione e smaltimento dei DPI messi a disposizione del Dipartimento
- rischi da cui è protetto
- corretto utilizzo, conservazione e smaltimento dei prodotti chimici.

IL LAVORATORE

IL RESPONSABILE DEL LABORATORIO /  
ADETTO LOCALE PER LA SICUREZZA

Per presa visione, il Responsabile delle Attività, prof. \_\_\_\_\_