

ALLEGATO 2

Mod. B 626/1

AGENTI BIOLOGICI: REGISTRO DEGLI ESPOSTI E DEGLI EVENTI ACCIDENTALI - DATI GENERALI (Art. 87 - D.Lgs 626/94 come modificato da D.Lgs 242/96)

Nominativo Ditta

Data

Ragione Sociale..... **compilazione**.....

Quadro A - Datore di lavoro

Sede Territoriale	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Via	.....	Comune	.....	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
N° telefono	.....	N° Fax	.....	ASL	.....	.....
Sede Legale	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Via	.....	Comune	.....	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
N° telefono	.....	N° Fax	.....	.....	.....	.....
Legale Rappresentante	Nome	Cognome	Data Nascita	Luogo Nascita	Domicilio	Qualifica
.....
Codice fiscale Ditta	.....	Partita IVA Ditta	.....	.....	Codice attività ISTAT	.....

Lavorazione unica o prevalente: Voce tariffa INAIL

Quadro B - Tipo di esposizione e tipo di lavorazione

Breve descrizione dell'attività

- Agente biologico: Gruppo 3 Gruppo 4

(indicare il codice *)

.....

.....

.....

- Altre lavorazioni correlate all'esposizione :

..... Voce tariffa INAIL

..... Voce tariffa INAIL

..... Voce tariffa INAIL

Quadro C - Dipendenti

Totale Uomini	di cui esposti	Totale Donne	di cui esposte
Totale numero addetti attività produttive			
Totale numero addetti attività amministrative e/o assimilabili.....			

Per informazioni sul modello rivolgersi a : NomeCognome.....Tel.....Fax.....

Timbro e Firma del Datore di lavoro.....

* Vedere Allegato 5 del presente regolamento. Per gli Agenti non codificati riportare la denominazione per esteso

AGENTI BIOLOGICI: REGISTRO DEGLI ESPOSTI E DEGLI EVENTI ACCIDENTALI - DATI INDIVIDUALI -
(Art. 87 - D.Lgs 626/94 come modificato da D.Lgs 242/96)

<i>Spazio da compilare solo nella fase della comunicazione di variazioni intervenute nei dati del lavoratore</i>	DATA
DITTA - RAGIONE SOCIALE	COD. FISC. P.IVA
SEDE LEGALE	
SEDE TERRITORIALE	

LAVORATORE ESPOSTO - uso deliberato agenti biologici gruppi 3 , 4

Cod. Fisc.	Cognome	Nome	Sesso M [] F []
Data di nascita	Comune	Prov.	DOMICILIO: Comune Prov. Cambiato []

ATTIVITÀ LAVORATIVA

Num. Prog.	Cod. Class. Prof. ISTAT	Mansione	ATTIVITA' SVOLTA - Breve descrizione (1)	Gruppo 3*/4*	Riportare la denominazione degli Agenti Biologici solo per quelli non presenti nell' Allegato 5 del regolamento	Data inizio (2)	Data fine (3)

- (1) - Descrizione dell'effettiva attività lavorativa correlata con la mansione .
 *- - Riportare il codice relativo all'agente dal quale dipende l'esposizione. Vedere Allegato 5 del presente regolamento
 (2); (3) - Indicare la data di inizio e fine dell'attività comportante l'esposizione.

ESPOSIZIONE DOVUTA AD EVENTI ACCIDENTALI

DATA	TIPO DI EVENTO ACCIDENTALE (1)	DESCRIZIONE DELLA CAUSA E DELLE CIRCOSTANZE DELL'ESPOSIZIONE	PROVVEDIMENTI ASSUNTI (2)

- (1) - Es: ferite da taglio e da punta, contatto accidentale con mucose, caduta in materiale infetto, graffi, morsi, ecc. Riportare, ove noto, codifica agente biologico.
 (2) - Indicare sia i provvedimenti di carattere individuali (profilassi, monitoraggio clinico, ecc.) che di carattere collettivo (formazione, procedure, mezzi di protezione, ecc.) motivati dallo specifico evento

DATA CESSAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA

Timbro e Firma del Datore di lavoro

**REGISTRO ESPOSTI AGENTI BIOLOGICI (Art. 87 - D.Lgs n° 626/94 come modificato da D.Lgs 242/96)
MODELLO PER LA COMUNICAZIONE DELLE VARIAZIONI E DELLA CESSATA ATTIVITA'**

DATI GENERALI

Variazioni anagrafiche Variazioni del tipo di lavorazione Variazione numero dipendenti
 Attività cessata il/...../.....

PRECEDENTI INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

NOMINATIVO DITTA-RAGIONE SOCIALE DATA
 CODICE FISCALE PARTITA IVA.....
 SEDE TERRITORIALE : Via Comune
 Cod.Com. ISTAT CAP Prov. N. Tel N. Fax

Quadro A - Datore di lavoro: Nominativo Ditta- Ragione Sociale

Sede Territoriale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax		ASL	
Sede Legale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax			
Legale Rappresentante	Nome	Cognome	Data Nascita	Luogo Nascita	Domicilio
					Qualifica
	Codice fiscale Ditta	Partita IVA Ditta			Codice attività ISTAT

Lavorazione unica o prevalente:..... Voce tariffa INAIL

Quadro B - Tipo di esposizione e tipo di lavorazione

Breve descrizione attività

- Agente biologico: Gruppo 3 Gruppo 4
 (indicare il codice *)

- Altre lavorazioni correlate all'esposizione : Voce tariffa INAIL

..... Voce tariffa INAIL

Quadro C - Dipendenti

Totale Uomini di cui esposti Totale Donne di cui esposte

Totale numero addetti attività produttiveTotale numero addetti attività amministrative e/o assimilabili.....

Per informazioni sul modello rivolgersi a : NomeCognomeTel. Fax

Timbro e Firma del Datore di lavoro

*** Vedere Allegato 5 del presente regolamento. Per gli Agenti non codificati riportare la denominazione per esteso**

RICHIESTA ALL'ISPEL DI COPIA DELLE ANNOTAZIONI INDIVIDUALI E DELLE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO IN CASO DI ASSUNZIONE DI LAVORATORI ESPOSTI IN PRECEDENZA AD AGENTI BIOLOGICI (Art. 87 comma 3 , lettera d - D.Lgs 626/94 come modificato da D.Lgs 242/96)

DITTA RICHIEDENTE

DITTA-RAGIONE SOCIALE DATA
 CODICE FISCALE PARTITA IVA
 SEDE TERRITORIALE : Via
 Comune Cod.Com. ISTAT CAP Prov
 N.Tel. N. Fax

IL REGISTRO DI ESPOSIZIONE AD AGENTI BIOLOGICI :
 - E' STATO ISTITUITO IL(gg / mm / aaaa)
 - LA COPIA E' STATA INVIATA ALL'ISPEL IL(gg / mm / aaaa)

LAVORATORI PER I QUALI SONO RICHIESTE LE ANNOTAZIONI INDIVIDUALI E LE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO

LAVORATORE	DITTE E ATTIVITA' PRECEDENTI CON ESPOSIZIONE AD AGENTI BIOLOGICI	AGENTE BIOLOGICO n° codice o denominazione
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....

Timbro e Firma del Datore di lavoro

ALLEGATO 5

AGENTI BIOLOGICI SPECIFICHE PER LA COMPILAZIONE DEI MODELLI DI CUI AGLI ALLEGATI 2, 2A e 7

FASE INIZIALE

L' Allegato 2 (Mod. B 626/1) riassume sia i dati anagrafici del datore di lavoro che una sintesi delle principali caratteristiche dell'azienda (attività produttiva, agente utilizzato, addetti, ecc.) e ad esso vanno allegati i modelli relativi ai singoli soggetti esposti.

L' Allegato 2 (Mod. B 626/2) consente di registrare le informazioni riguardanti i dati anagrafici di ogni lavoratore, la mansione svolta, il tipo ed il valore dell'esposizione.

FASE A REGIME

Esaurita la fase iniziale di acquisizione delle informazioni, si passa ad una seconda fase che comprende l'aggiornamento dei dati notificati nella fase iniziale.

L' Allegato 2 (Mod. B 626/2) verrà quindi utilizzato per comunicare le seguenti variazioni:

- data cessazione del lavoro
- eventuali modifiche inerenti l'attività lavorativa individuale e/o i livelli di esposizione

L' Allegato 2 (Mod. B 626/2) contiene, tra l'altro, nella parte superiore, un settore per la sintesi dei dati identificativi dell'azienda; tale settore va compilato solo nella fase di comunicazione delle variazioni per poter associare i soggetti alla propria unità produttiva poiché, nella fase a regime, potranno essere inviate solo le singole schede individuali.

L' Allegato 2A (Mod. B 626/3) dovrà essere utilizzato per la comunicazione all'ISPESL di variazioni intervenute nelle informazioni che caratterizzano l'identificazione dell'azienda e quindi i quadri A, B e C andranno compilati solo nella parte che si è modificata rispetto alla precedente identificazione.

Successivamente, per la richiesta delle "annotazioni individuali", dovrà essere utilizzato il modello Allegato 7 (Mod. B 626/4).

ALLEGATO 2 - DATI GENERALI

Mod. B 626/1

DATA COMPILAZIONE

indicare la data di compilazione del modello (formato gg/mm/aaaa).

QUADRO A: DATORE DI LAVORO

SEDE TERRITORIALE

VIA

*riportare le indicazioni per esteso
(Es. Via G. Verdi = Via Giuseppe Verdi).*

COMUNE

*riportare le indicazioni per esteso
(Es. Via G. Verdi = Via Giuseppe Verdi).*

CODICE COMUNE

utilizzare i codici di classificazione ISTAT (vedere elenco dei Comuni)

PROVINCIA

sigla (Roma=RM)

ALLEGATO 5

TELEFONO	<i>prefisso / numero telefonico</i>
FAX	<i>prefisso / numero fax</i>
ASL (SIGLA/NUMERO)	<i>indicare la sigla ed il numero di identificazione ufficiale della ASL competente per territorio.</i>
<u>SEDE LEGALE</u>	<i>compilare solo se diversa da quella territoriale.</i>
VIA	<i>riportare le indicazioni per esteso (Es. Via G. Verdi = Via Giuseppe Verdi).</i>
COMUNE	<i>riportare le indicazioni per esteso (Es. Via G. Verdi = Via Giuseppe Verdi).</i>
CODICE COMUNE	<i>utilizzare i codici di classificazione ISTAT (vedere Elenco dei Comuni).</i>
PROVINCIA	<i>sigla (Roma=RM)</i>
TELEFONO	<i>prefisso / numero telefonico</i>
FAX	<i>prefisso / numero fax</i>
<u>LEGALE RAPPRESENTANTE</u>	
DATA DI NASCITA	<i>formato gg/mm/aaaa</i>
QUALIFICA	<i>amministratore delegato, unico ecc.</i>
CODICE ATTIVITA' ISTAT	<i>indicare quello relativo alla codifica ISTAT (Classificazione delle attività economiche- metodi e norme, serie C-n.11) inerente l'attività unica o prevalente. Tale codice si può rilevare dalla documentazione riguardante l'iscrizione alla Camera di Commercio.</i>
LAVORAZIONE UNICA O PREVALENTE	<i>descrizione della lavorazione prevalente dell'Azienda.</i>
VOCE TARIFFA INAIL	<i>codice INAIL relativa all'anzidetta lavorazione. Tale codice si può rilevare dalla documentazione relativa alla stipula della convenzione assicurativa con l'INAIL.</i>

QUADRO B: TIPO DI ESPOSIZIONE E TIPO DI LAVORAZIONE

BREVE DESCRIZIONE DELL' ATTIVITA'	<i>indicare succintamente le caratteristiche principali dell'attività della azienda.</i>
AGENTE BIOLOGICO	<i>barrare la casella corrispondente al gruppo di appartenenza dell'agente biologico (gruppo 3 o gruppo 4) ed indicare il codice presente nell'apposita classificazione. Nei casi in cui l'agente non risulti inserito riportare la denominazione per esteso.</i>
ALTRE LAVORAZIONI CORRELATE ALL' ESPOSIZIONE	<i>descrizione delle lavorazioni.</i>

ALLEGATO 5

VOCE/I TARIFFA INAIL

relativa/e alle anzidette lavorazioni. Tali codici si possono rilevare dalla documentazione relativa alla stipula della convenzione assicurativa con l'INAIL. Nel caso di più codici riportarli tutti.

PER INFORMAZIONI SUL MODELLO RIVOLGERSI A:

indicare il referente della ditta da contattare per ulteriori informazioni relative al Registro compilato.

ALLEGATO 2- DATI INDIVIDUALI

Mod. B 626/2

Spazio da compilare solo per la comunicazione di variazioni inerenti i dati del lavoratore: *tale spazio va compilato quando si intende comunicare variazioni intervenute nei dati del lavoratore dopo la prima notifica.*

DATA

di compilazione della parte relativa alle informazioni di carattere individuale (formato gg/mm/aaaa).

DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE

DOMICILIO

indicare il domicilio del lavoratore. In caso di variazione barrare la casella "CAMBIATO" indicando il nuovo COMUNE e/o PROVINCIA.

ATTIVITA' LAVORATIVA

I dati sull'attività lavorativa e sull'esposizione devono essere riportati in ogni riga dell'apposita tabella. Per ogni variazione intervenuta nei suddetti dati, deve essere compilata per intero la successiva riga registrando sia i dati modificati che quelli rimasti invariati. Deve essere compilata una nuova riga ogni volta che si procede ad una nuova valutazione del rischio.

NUMERO PROGRESSIVO

numerare progressivamente secondo l'ordine cronologico ogni riga di dati registrata.

CODICE CLASS. PROF. ISTAT

utilizzare il codice di classificazione delle professioni ISTAT (vedere Classificazione delle professioni - metodi e norme, serie C - n. 12). Nel caso in cui il lavoratore svolga più compiti o più mansioni va indicata, tra quelle correlate all'esposizione, quella prevalente.

MANSIONE

per mansione si intende il compito affidato o lavoro svolto; riportare per esteso la dizione corrispondente al codice ISTAT.

ATTIVITA' SVOLTA

breve descrizione dell'effettiva attività lavorativa correlata con la mansione.

GRUPPO 3

riportare il codice relativo all'agente dal quale dipende l'esposizione (vedere Allegato 5).

GRUPPO 4

riportare il codice relativo all'agente dal quale dipende l'esposizione (vedere Allegato 5).

DATA INIZIO

dell'attività comportante l'esposizione (formato gg/mm/aaaa).

DATA FINE

dell'attività comportante l'esposizione (formato gg/mm/aaaa).

ALLEGATO 5

DATA CESSAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA *formato gg/mm/aaaa*

ESPOSIZIONE DOVUTA AD EVENTI ACCIDENTALI

DATA *in cui si è verificato l'evento accidentale (formato gg/mm/aaaa)*

ALLEGATO 2A

Mod. B 626/3

Per la compilazione vedere le specifiche dell'ALLEGATO 2

Nel caso di cessazione dell'attività dell'azienda indicare la data nell'apposito spazio (formato gg/mm/aaaa) e allegare il registro di esposizione dei lavoratori.

Nel caso di variazioni, barrare la casella corrispondente al tipo di variazione avvenuta.

ALLEGATO 7

Mod. B 626/4

Il modulo in questione deve essere utilizzato per la richiesta di copia delle annotazioni individuali all'ISPESL in caso di assunzione di lavoratori esposti in precedenza ad agenti biologici.

Per quanto attiene alla parte inerente la specifica delle "DITTE E ATTIVITA' PRECEDENTI CON ESPOSIZIONE AD AGENTI BIOLOGICI", sono da riportare in forma sintetica le informazioni desunte dall'anamnesi lavorativa del soggetto.

ALLEGATO 5

CODIFICA DEGLI AGENTI BIOLOGICI

AGENTE BIOLOGICO	CODICE
BATTERI	
BACILLUS ANTHRACIS	1.1.1.3
BRUCELLA ABORTUS	1.2.1.3
BRUCELLA CANIS	1.2.2.3
BRUCELLA MELITENSIS	1.2.3.3
BRUCELLA SUIS	1.2.4.3
CHLAMIDIA PSITTACI (CEPPI AVIARI)	1.3.1.0.3
COXIELLA BURNETII	1.4.1.3
FRANCISELLA TULARENSIS (TIPO A)	1.6.1.1.3
MYCOBACTERIUM AFRICANUM	1.7.1.3
MYCOBACTERIUM BOVIS (AD ECCEZIONE DEL CEPPPO BCG)	1.7.2.0.3
MYCOBACTERIUM LEPRAE	1.7.3.3
MYCOBACTERIUM MICROTI	1.7.4.3
MYCOBACTERIUM TUBERCOLOSIS	1.7.5.3
MYCOBACTERIUM ULCERANS	1.7.6.3
PSEUDOMONAS MALLEI	1.8.1.3
PSEUDOMONAS PSEUDOMALLEI	1.8.2.3
RICKETTSIA AKARI	1.9.1.3
RICKETTSIA CANADA	1.9.2.3
RICKETTSIA CONORI	1.9.3.3
RICKETTSIA MONTANA	1.9.4.3
RICKETTSIA TYPHI (RICKETTSIA MOSERI)	1.9.5.3
RICKETTSIA PROWAZEKII	1.9.6.3
RICKETTSIA RICKETTSII	1.9.7.3
RICKETTSIA TSUTSUGAMUSHI	1.9.8.3
SALMONELLA PARATYPHI A	1.10.1.1.3
SALMONELLA PARATYPHI B	1.10.1.2.3
SALMONELLA PARATYPHI C	1.10.1.3.3
SALMONELLA TYPHI	1.10.2.3
SHIGELLA DYSENTERIAE (TIPO I)	1.11.1.1.3
YERSINIA PESTIS	1.12.1.3
VIRUS	
ARENAVIRIDAE	2.1
VIRUS LASSA	2.1.1.1.4
VIRUS DELLA CORIOMENINGITE LINFOCITARIA (CEPPI NEUROTROPI)	2.1.1.2.3
VIRUS COMPLEX TACARIBE (ARENAVIRUS DEL NUOVO MONDO)	2.1.2
VIRUS JUNIN	2.1.2.2.4
VIRUS MACHUPO	2.1.2.4.4
BUNYAVIRIDAE	2.2
VIRUS OROPOUCHE	2.2.1.3
HANTAVIRUS	2.2.4
HANTAAN (FEBBRE EMORRAGICA COREANA)	2.2.4.1.3
SCOUL VIRUS	2.2.4.2.3
NAIROVIRUS	2.2.5
VIRUS DELLA FEBBRE EMORRAGICA DI CRIMEA/CONGO	2.2.5.1.4
PHLEBOVIRUS	2.2.6

ALLEGATO 5

FEBBRE DELLA VALLE DEL RIFT	2.2.6.1.3
FILOVIRIDAE	2.3
VIRUS EBOLA	2.3.1.4
VIRUS DI MARBURGO	2.3.2.4
FLAVIVIRIDAE	2.4
ENCEFALITE D'AUSTRALIA (ENCEFALITE DELLA VALLE MURRAY)	2.4.1.3
VIRUS DELL'ENCEFALITE DA ZECCA DELL'EUROPA CENTRALE	2.4.2.3
ABSETTAROV	2.4.3.3
HANZALOVA	2.4.4.3
HYPR	2.4.5.3
KUMLINGE	2.4.6.3
VIRUS DELLA DENGUE (TIPI 1-4)	2.4.7.3
VIRUS DELL'EPATITE C	2.4.8.3
ENCEFALITE B GIAPPONESE	2.4.9.3
FORESTA DI KYASANUR	2.4.10.3
LOUPING ILL	2.4.11.3
OMSK	2.4.12.3
POWASSAN	2.4.13.3
ROCIO	2.4.14.3
ENCEFALITE Verno-estiva Russa	2.4.15.3
ENCEFALITE DI ST. LOUIS	2.4.16.3
VIRUS WESSELSBRON	2.4.17.3
VIRUS DELLA VALLE DEL NILO	2.4.18.3
FEBBRE GIALLA	2.4.19.3
HEPADNAVIRIDAE	2.5
VIRUS DELL'EPATITE B	2.5.1.3
VIRUS DELL'EPATITE D (DELTA)	2.5.2.3
HERPESVIRIDAE	2.6
HERPESVIRUS SIMIAE (B VIRUS)	2.6.1.3
POXVIRIDAE	2.7
MONKEYPOX VIRUS	2.7.1.3
VARIOLA VIRUS MAJOR	2.7.2.1.4
VARIOLA VIRUS MINOR	2.7.2.2.4
WHITEPOX VIRUS ("VARIOLA VIRUS")	2.7.3.4
RETROVIRIDAE (H)	2.8
VIRUS DELLA SINDROME DI IMMUNODEFICIENZA UMANA (AIDS)	2.8.1.3
VIRUS DI LEUCEMIE UMANE A CELLULE T (HTCL) TIPO 1	2.8.2.1.3
VIRUS DI LEUCEMIE UMANE A CELLULE T (HTCL) TIPO 2	2.8.2.2.3
RHABDOVIRIDAE	2.9
VIRUS DELLA RABBIA	2.9.1.3
TOGAVIRIDAE	2.10
ALFAVIRUS	2.10.1
ENCEFALOMIELITE EQUINA DELL'AMERICA DELL'EST	2.10.1.1.3
VIRUS CHIKUNGUNYA	2.10.1.2.3
VIRUS EVERGLADES	2.10.1.3.3
VIRUS MAYARO	2.10.1.4.3
VIRUS MUCAMBO	2.10.1.5.3
VIRUS NDUMU	2.10.1.6.3
VIRUS TONATE	2.10.1.7.3
ENCEFALOMIELITE EQUINA DEL VENEZUELA	2.10.1.8.3
ENCEFALOMIELITE EQUINA DELL'AMERICA DELL'OVEST	2.10.1.9.3
VIRUS NON CLASSIFICATI	2.11
VIRUS DELL'EPATITE E	2.11.1.3
VIRUS DELL'EPATITE A TRASMISSIONE EMATICA NON ANCORA IDENTIFICATI	2.11.2.1.3

ALLEGATO 5

AGENTI NON CLASSICI ASSOCIATI CON

MALATTIA DI CREUTZFELD-JACOB	3.1.1.3
SINDROME DI GERSTMANN-STRAUSSLER-SCHEINKER	3.2.3
KURU	3.3.3

PARASSITI

ECHINOCOCCUS GRANULOSUS	4.1.1.3
ECHINOCOCCUS MULTILOCULARIS	4.1.2.3
ECHINOCOCCUS VOGERI	4.1.3.3
LEISHMANIA BRASILIENSIS	4.2.1.3
LEISHMANIA DONOVANI	4.2.2.3
NAEGLERIA FOWLERI	4.3.1.3
PLASMODIUM FALCIPARUM	4.4.1.3
TAENIA SOLIUM	4.5.1.3
TRYPANOSOMA BRUCEI RHODESIENSE	4.6.1.3
TRYPANOSOMA CRUZI	4.6.2.3

FUNGHI

BLASTOMYCES DERMATITIDIS (AJELLOMYCES DERMATITIDIS)	5.1.1.3
COCCIDIOIDES IMMITIS	5.2.1.3
HISTOPLASMA CAPSULATUM VAR. CAPSULATUM (AJELLOMICES CAPSULATUM)	5.3.1.1.3
HISTOPLASMA CAPSULATUM VAR. DUBOISII	5.3.1.2.3
PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	5.4.1.3