



RISCHIO AGENTI FISICI

(MAG 2024)

SCHEDA CENSIMENTO LASER

Dipartimento	
Laboratorio (nome e numero locale)	
Ubicazione Laboratorio (edificio e piano)	
Responsabile dell'attività in laboratorio	
Recapiti del Responsabile	Tel. _____ e-mail _____

APPARECCHIATURA CONTENENTE UNA SORGENTE LASER

Nome della macchina (marca e modello)	
Classe del Laser	
Lunghezza/e d'onda (nm)	Limite inferiore: _____ Limite superiore: _____
Modi di funzionamento	Continuo <input type="checkbox"/> Impulsato <input type="checkbox"/> mode coupled laser <input type="checkbox"/>
Potenza (mW)	_____ mW
Energia pulsata (J)	_____ J durata dell'impulso: _____ sec repetition rate: _____ Hz
Diametro del fascio laser (mm)	Circolare: _____ Rettangolare: Max _____ min _____ Ellittico: Max _____ min _____
Divergenza del fascio (mrad)	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> asse maggiore: _____ asse minore: _____ distanza (cm): _____
Utilizzo di sistemi ottici (lenti, cannocchiali, etc.), specificare:	
Rischi collaterali presenti:	<input type="checkbox"/> gas criogenici <input type="checkbox"/> gas in pressione <input type="checkbox"/> sostanze infiammabili <input type="checkbox"/> fumi tossici
Altro	

ELENCO DEL PERSONALE ADDETTO ALL'USO

Nominativo:	Qualifica:	Corso di Sicurezza laser:
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



SISTEMI DI SICUREZZA PRESENTI

Accesso controllato al locale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pulsante di sgancio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Segnaletica di pericolo sull'apparecchio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Segnalazione luminosa esterna al laboratorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Segnaletica di pericolo esterna al laboratorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Segnalazione sonora	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fascio laser confinato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Guanti/Indumenti protettivi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Occhiali di protezione personali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Interlocks	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Procedure scritte	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Banco ottico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

NOTE INTEGRATIVE

Luogo e data _____

Firma del Responsabile dell'apparecchiatura

RISERVATO AL SPPR

NOTE