

SCHEDA DI ACCESSO AL CENTRO DI SERVIZI PER LA RICERCA PRE-CLINICA

Nella compilazione della presente scheda si prega di prestare la massima attenzione alle note esplicative e alle raccomandazioni riportate a pagina 6

Specificare il motivo della compilazione

- Richiesta di accesso al Centro di servizi per la ricerca pre-clinica come utente:**
 - accesso ex-novo (per gli utenti che accedono per la prima volta al Centro di servizi per la ricerca pre-clinica)
 - accesso temporaneo
 - prosecuzione dell'accesso precedentemente interrotto o sospeso
- Aggiornamento della scheda d'accesso:**
 - variazione del tipo di materiali introdotti e/o del Progetto di Ricerca
 - prosecuzione dell'accesso per il protrarsi dell'attività sperimentale presso il Centro di servizi per la ricerca pre-clinica rispetto a quanto dichiarato nella precedente compilazione della scheda

a) Generalità dell'utente che accede al Centro di servizi per la ricerca pre-clinica per lo svolgimento di attività sperimentale e di ricerca.

Nome:

Cognome:

Qualifica: - personale universitario strutturato

- tecnico
- ricercatore
- docente
- personale universitario in convenzione con l'Azienda Ospedaliera
- altro:
- personale non strutturato
 - tirocinante
 - assegnista
 - dottorando

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
Servizio di Prevenzione e Protezione

- borsista
- contrattista
- specializzando
- altro:

Residenza o domicilio:

residente a (o domiciliato a): in via:
.....

Recapito telefonico:

Indirizzo e-mail:

Numero di Matricola (Coloro che NON sono in possesso della matricola devono indicare il Codice Fiscale)

Struttura di appartenenza (specificare il Dip.to e la Sez.ne, Centro Servizi o altra Struttura):
.....

Responsabile della Struttura di appartenenza (vedi nota I):
.....

Indicare il titolo del Progetto di Ricerca ed il nome del Responsabile del Progetto che prevede la sperimentazione in “vivo”:
.....
.....

Riportare il testo/i della sezione (P. 23 della modulistica Ministero della Salute) relativa ai “rischi per l’operatore” riferita al progetto/i di ricerca in cui sarà coinvolto il ricercatore.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

La casella sottostante deve essere compilata solo dal personale non strutturato

Periodo in cui l'utente <u>non strutturato</u> presterà servizio presso la Struttura di appartenenza: dal	al
--	----------

L'utente/lavoratore equiparato, in relazione all'esito della valutazione dei rischi, potrà essere sottoposto a sorveglianza sanitaria a giudizio del Medico Competente di questo Ateneo. In quella occasione dovrà esibire il certificato delle vaccinazioni.

N. B. Nell'ambiente di lavoro Centro di servizi per la ricerca pre-clinica possono essere presenti allergeni di origine animale: segnalare al Medico Competente, all'atto della visita, eventuali allergie.

L'utente è stato sottoposto ad adeguati corsi di informazione/formazione sui rischi specifici connessi all'attività lavorativa da svolgere presso il Centro di servizi per la ricerca pre-clinica (vedi nota II):

SI NO

Se SI specificare il tipo di formazione/informazione ricevuta ed il periodo di riferimento:

b) Informazioni relative all'attività che l'utente intende svolgere presso il Centro di servizi per la ricerca pre-clinica:

- **Durata complessiva**, almeno presunta, dell'attività da svolgere presso il Centro di servizi per la ricerca pre-clinica: dal al.....

- **Frequenza di accesso** al Centro di servizi per la ricerca pre-clinica per lo svolgimento dell'attività di cui al punto precedente:

- giornaliera,
- settimanale, indicare anche il numero di ingressi settimanali
- quindicinale
- mensile
- altro (specificare la frequenza)

- **Materiali biologici e/o chimici introdotti presso il Centro di servizi per la ricerca pre-clinica:**

1. agenti biologici (vedi nota III) SI NO

se SI indicare quali:

- adozione delle misure e dei dispositivi che consentono il trasporto sicuro dell'agente biologico (dalla Struttura di appartenenza al Centro di servizi per la ricerca pre-clinica e viceversa):

SI NO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
Servizio di Prevenzione e Protezione

se SI indicare quali:

.....

.....

- impiego di adeguati dispositivi di protezione collettiva (es. cappa biologica):

SI NO

se SI indicare quali:

.....

- impiego di adeguati dispositivi di protezione individuale (es. guanti, occhiali di sicurezza, dispositivi di protezione delle vie respiratorie, etc.):

SI NO

se SI indicare quali:

.....

2. materiali biologici (vedi nota IV)

SI

NO

se SI indicare quali:

.....

- adozione delle misure e dei dispositivi che consentono il trasporto sicuro dei campioni biologici (dalla Struttura di appartenenza al Centro di servizi per la ricerca pre-clinica e viceversa):

SI NO

se SI indicare quali:

.....

- impiego di adeguati dispositivi di protezione collettiva:

SI NO

se SI indicare quali:

.....

- impiego di adeguati dispositivi di protezione individuale:

SI NO

se SI indicare quali:

.....

3. agenti chimici (vedi nota V)

SI

NO

se SI indicare quali:

.....

- adozione delle misure e dei dispositivi che consentono il trasporto sicuro dell'agente chimico (dalla Struttura di appartenenza al Centro di servizi per la ricerca pre-clinica e viceversa):

SI NO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
Servizio di Prevenzione e Protezione

se SI indicare quali:

- impiego di adeguati dispositivi di protezione collettiva:

SI NO

se SI indicare quali:

- impiego di adeguati dispositivi di protezione individuale:

SI NO

se SI indicare quali:

- impiego di agenti chimici tossici mutageni/cancerogeni:

SI NO

se SI compilare la tabella sottostante:

INFORMAZIONI SUI RISCHI CANCEROGENI E MUTAGENI

Denominazione del materiale utilizzato per le manualità sperimentali:

..... Indicare se le sostanze possono presentare rischi cancerogeni/mutageni: () NO () SI,

Specificare:

() H340: mutagenicità sulle cellule germinali di Categoria 1A e 1B.

(...) H341: mutagenicità sulle cellule germinali Categoria 2

() H350: cancerogenicità di Categoria 1A e 1B.

(...) H351: cancerogenicità Categoria 2

IMPORTANTE! Trasmettere al Serv. di Prevenzione e Protezione la "scheda dati di sicurezza / safety data sheet" della sostanza/e impiegata/e.

() Barrare per conferma presenza allegato.

Altre informazioni fornite per una più completa analisi dei rischi:

Formulato della sostanza:

Metodo di somministrazione:

N° di animali sottoposti a sperimentazione:

N° di somministrazioni per individuo:

Durata prevista della sperimentazione. Data inizio: Data fine:

Notizie circa la potenziale presenza di sostanze cancerogene o mutagene nei metaboliti:

Altre informazioni che si ritiene utile fornire per una completa analisi dei rischi:

Si precisa che nel caso in cui i requisiti di sicurezza richiesti dal protocollo sperimentale non possano essere soddisfatti con le dotazioni dell'attuale Centro di servizi per la ricerca pre-clinica, il relativo progetto non potrà essere avviato. Altrimenti, si potranno presentare le seguenti situazioni:

1. i requisiti di sicurezza richiesti dal protocollo sperimentale sono soddisfatti: il progetto può essere avviato;
 2. Non sono rese disponibili dall'utente dello Centro di servizi per la ricerca pre-clinica e/o non sono comunque reperibili informazioni esaustive sulla sicurezza della sperimentazione richiesta: si devono adottare tutte le misure preventive di massima sicurezza (segregazione degli animali trattati in locali appositamente deputati; impiego di un numero minimo di operatori, adeguatamente muniti di tutti i Dpi necessari per evitare l'esposizione). Ricorrendo tale ultima ipotesi la decisione riguardante l'autorizzazione ad eseguire la sperimentazione è rimessa al Direttore del Centro Servizi Centro di servizi per la ricerca pre-clinica.

Data di compilazione della presente scheda:

Firma dell'utente del Centro di servizi per la ricerca pre-clinica

Firma del Responsabile della Struttura di appartenenza dell'utente ([vedi nota 1](#))

Firma del Responsabile del Benessere Animale del Centro di servizi per la ricerca pre-clinica

NOTE:

- I. 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.
- II. Due volte all'anno o con frequenza diversa in base alle necessità, il Servizio Prevenzione e Protezione organizza e gestisce Corsi di Formazione sui rischi specifici rivolti agli utenti del Centro di servizi per la ricerca pre-clinica. I Corsi hanno la durata globale di n. 16 ore e sono erogati come segue:
 - 13 ore e 30' di lezione su piattaforma on line;
 - 2 ore e 30' di lezione frontale con frequenza obbligatoria;
 - Test finale in presenza (16 domande a risposta multipla).
- III. Per **agente biologico** si intende: qualsiasi microrganismo, anche geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita in grado di 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.).
- IV. Per **materiale biologico** si intende: sangue, emoderivati a rischio infettivo, tessuti animali, parti anatomiche, altro materiale biologico potenzialmente contaminato da agenti biologici.
- V. Per gli **agenti chimici** specificare il nome dell'agente, l'indicazione di pericolo per salute e sicurezza (Reg CE 1272/2008), se impiegato puro o in soluzione o in miscela specificando le concentrazioni dei singoli componenti.
- VI. Segnalare ogni altra informazione riguardante i materiali da introdurre all'interno del Centro di servizi per la ricerca pre-clinica la cui manipolazione può comportare rischi per la salute e la sicurezza dell'utente e degli operatori del CeSerP. Segnalare altresì la eventuale necessità di eseguire operazioni complesse e/o rischiose e riportare ogni elemento utile ai fini della quantificazione del rischio connesso all'attività svolta.

RACCOMANDAZIONI PER LA COMPILAZIONE:

1. La presente scheda deve essere compilata dall'utente specificando il motivo della compilazione e deve essere inviata al Servizio Prevenzione e Protezione (tramite e-mail giovanni.chiappavento@unipg.it) e al Responsabile del Centro di servizi per la ricerca pre-clinica (e-mail centro.ricerca@clinica@unipg.it). L'utente deve rinnovare la propria scheda in caso di: prosecuzione dell'accesso, variazione del progetto sperimentale, variazione dell'attività, variazione dei materiali da introdurre all'interno dello Centro di servizi per la ricerca pre-clinica;
2. l'accesso si intende autorizzato soltanto per la durata del periodo di attività dichiarato al punto b della scheda (qualora l'utente faccia parte del personale organicamente strutturato dell'Università, l'accesso non è soggetto a rinnovo, fermo restando la necessità di presentare una scheda d'accesso aggiornata. Se invece l'utente non è organicamente strutturato o fa parte di Enti diversi dall'Università può accedere rispettivamente: solo nel periodo in cui

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
Servizio di Prevenzione e Protezione

presta la propria attività presso la Struttura di appartenenza o per la durata del progetto sperimentale);

3. in caso di cessazione anticipata dell'attività presso lo Centro di servizi per la ricerca pre-clinica, rispetto al periodo dichiarato nella scheda o in caso di sospensione temporanea (ad esempio in caso di gravidanza e nel periodo del post-parto o nel caso di prescrizioni specifiche da parte del Medico Competente), l'utente è tenuto a darne immediata comunicazione scritta al Servizio Prevenzione e Protezione e al Responsabile dello Centro di servizi per la ricerca pre-clinica. Nel caso in cui l'utente dovesse successivamente riprendere l'attività interrotta o temporaneamente sospesa, dovrà compilare nuovamente la scheda specificando, alla voce motivazione della compilazione, "per prosecuzione dell'accesso precedentemente interrotto o sospeso";
4. in sintesi l'accesso prevede il possesso dei seguenti requisiti:
 - scheda di accesso correttamente compilata e firmata;
 - vaccinazione antitetanica in corso di validità;
 - formazione specifica espletata e certificata.

Versione aggiornata al mese di dicembre 2025