**Indagine CALIR – Misurazioni della dosimetria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIARIO DELLE ATTIVITÀ**  **Dosimeter D-Shuttle: ………………**  **Dosimeter UV-GENESIS: ……………..**  **P\_ID: ……………………** | 1. Suo/sua figlio/a è stato/a all’aria aperta con tempo soleggiato oggi? | | O Sì | | O No | |
| 1. In caso affermativo, il bambino ha utilizzato uno o più dei seguenti prodotti per la protezione solare? | | | | | |
|  | No | | Parzialmente | | Sì |
| crema solare | O | | O | | O |
| occhiali da sole | O | | O | | O |
| copricapo | O | | O | | O |
| vestiti con maniche lunghe | O | | O | | O |
| pantaloni lunghi, gonna lunga o vestito lungo | O | | O | | O |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Diario delle attività per: Nome del bambino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_** | | | | | **Quanto tipica è stata la giornata (per quel giorno della settimana)?** | | | | | | |
| **Il diario delle attività è stato compilato il giorno stesso?** | | O Sì | O No | | | Prego segnare una “X” nella casella appropriata. | | | | | |
|  |  | | |  | | |  |  |  |  | |
|  | | | | **Molto tipica** | | |  |  |  | **Per niente tipica** |  |
|  | | | | 1 | | | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| Non lasciare spazi vuoti nella giornata! Non dimenticare il tempo dei viaggi! | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tempo** | | **Attività** | | **Luogo** | **All’aperto** | **Indirizzo del luogo** | | | |
| *Ora inizio* | *Ora fine* | *Che cosa ha fatto il bambino?* | | *Dove era il bambino?* |  | *Via* | *Nr.* | *CAP* | *Città* |
| 00:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Note/Commenti:

|  |
| --- |
|  |