

UNIVERSITÀ DI VERONA
MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA CON
RADIAZIONI IONIZZANTI

Parte riservata al direttore d'Istituto

Dati del Lavoratore

Cognome e Nome : _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita : _____ Luogo di nascita : _____

Domicilio : _____

C.A.P. : _____ Comune : _____ Provincia : _____

Telefono / FAX : _____

Data di assunzione / presa in servizio : _____

Qualifica : _____

Istituto / Reparto di appartenenza : _____

Telefono interno : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Tecnico Strutturato SI [] NO []

Istituto / Reparto presso il quale il lavoratore sarà esposto (se diverso da quello di appartenenza)

Mansioni lavorative con esposizione alle radiazioni ionizzanti:

(si prega di specificare i **RADIONUCLIDI che si intende utilizzare e l'attività media annua**)

Data : _____ Firma del Direttore / Responsabile : _____

Firma per presa visione del lavoratore:

Mansioni lavorative con esposizione ad altre forme di rischio (chimico, biologico ...) :

SI [] NO []

Firma del Responsabile SPP : _____

Firma del Direttore / Responsabile : _____

Firma per presa visione del lavoratore: _____

Parte riservata al lavoratore

Esposizioni precedenti presso l'Università o presso altri Enti :

[] Nessuna esposizione precedente alla attuale occupazione

[] Nessuna esposizione attuale presso altri datori di lavoro

Precedenti esposizioni a radiazioni ionizzanti presso l'Università / Azienda :

Dal _____ al _____ Istituto / Reparto : _____

Dal _____ al _____ Istituto / Reparto : _____

Precedenti esposizioni a radiazioni ionizzanti presso altri datori di lavoro :

Dal _____ al _____ datore di lavoro : _____

Dal _____ al _____ datore di lavoro : _____

Attuali esposizioni a radiazioni ionizzanti presso altri datori di lavoro.

Datore di lavoro : _____

Data : _____ Firma del Lavoratore (con la quale si impegna a comunicare in futuro eventuali esposizioni a radiazioni ionizzanti presso altri datori di lavoro) : _____

Parte riservata all'Esperto Qualificato – Analisi dei Rischi

Pervenuto il : _____

Irradiazione Esterna

Globale Dose (mSv) : _____

Parziale Organo : _____ Dose (mSv) : _____

Organo : _____ Dose (mSv) : _____

Organo : _____ Dose (mSv) : _____

Organo : _____ Dose (mSv) : _____

Irradiazione Interna

Radionuclide : _____ Organo critico : _____ Dose (mSv) : _____

Radionuclide : _____ Organo critico : _____ Dose (mSv) : _____

Radionuclide : _____ Organo critico : _____ Dose (mSv) : _____

Radionuclide : _____ Organo critico : _____ Dose (mSv) : _____

Proposta di Classificazione :

Non Esposto

Esposto A

Esposto B

Tipo di Dosimetro :

Corpo Intero

Mani

Altro _____

Data : _____

Firma : _____

Parte riservata al Medico Autorizzato – Giudizio di Idoneità

Pervenuto il : _____

IDONEO

IDONEO con le seguenti prescrizioni :

Temporaneamente NON IDONEO

Può essere sottoposto a visita medica entro il _____

Previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

NON IDONEO

IN OSSERVAZIONE

Da sottoporre a visita medica entro il : _____ previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Data : _____

Firma : _____

Parte riservata al datore di lavoro

Pervenuto il : _____

Si autorizza l'esposizione del Lavoratore : _____

con la seguente classificazione (all. III L. 230/95) :

Esposto A

Esposto B

Data : _____

Firma : _____