



<p>Al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Università degli Studi di Verona</p>	<p><input type="checkbox"/> Al Referente Laboratorio Radioisotopi del Dipartimento di _____ Università degli Studi di Verona (barrare solo se l'attività comporta l'esposizione a radiazioni ionizzanti)</p>
<p>Alla segreteria dei Medici Competenti Università degli Studi di Verona Sig.ra Federica Casanova</p>	<p><input type="checkbox"/> Al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'AOUI (barrare solo se l'attività si svolge anche, o esclusivamente, in AOUI)</p>

NOTE INFORMATIVE

PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI E L'EVENTUALE ATTIVAZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott. _____, in qualità di Responsabile Scientifico,

DICHIARA che

(Nome) _____

(Cognome) _____

Codice Fiscale (*rilasciato in Italia*) _____ cittadinanza _____

nato il _____ a _____ Genere **M** [] **F** []

residente a _____
(*indicare indirizzo completo: Via-N.ro civico-C.a.p.-Città-Provincia-Stato*)

Tel./Cell.: _____ E-mail: _____

frequenterà, per attività di ricerca [] tirocinio [], il Laboratorio/Reparto di _____

nella qualifica di: **assegnista** [] **borsista** [] **dottorando** [] **studente** [] **tesista** [] **ricercatore** []
tecnico [] **medico** [] **altro** [] (*specificare _____*)

nel periodo dal _____ al _____ (già lavorato in UniVR **SI** [] **NO** [])

Si dichiara che, sulla base delle mansioni assegnate/svolte, il lavoratore potrà essere esposto alle seguenti fonti di rischio:

CEM [] _____ **ROA** [] _____ **Ultrasuoni** []

Radiazioni ionizzanti []: Se nuova esposizione [] (**compilare modulo per l'autorizzazione all'attività lavorativa con R.I.**)

Se continuazione attività [] (radioesposto UniVR dal)

Agenti biologici [] (Gruppo) **OGM** [] (Classe) **Utilizzo animali da laboratorio** []

Agenti chimici [] **Agenti cancerogeni e/o mutageni** [] (**compilare/aggiornare la scheda cancerogeni**)

VDI (>20 ore/settimana) [] **Attività clinica** [] **Lavoro notturno** [] **Movimentazione manuale pazienti** []

Gas anestetici [] **Elettromedicali** [] (*specificare _____*)

Altro [] _____

Verona, _____

VISTO:

Responsabile Scientifico

Prof./Dott./ssa _____



Legenda:

CEM (Campi Elettromagnetici): sono esposti tutti i lavoratori che permangono nella stanza durante il funzionamento dell'apparecchiatura. **Specificare l'apparecchiatura utilizzata** (es. Stimolatore Magnetico Transcranico, Risonanza Magnetica, sistemi per ipertermia, elettrobisturi). Le reti WI-Fi non sono da considerare fonte di rischio CEM.

ROA (Radiazioni Ottiche Artificiali): **specificare in modo dettagliato l'apparecchiatura utilizzata:** transilluminatore (con vetro chiuso, aperto, vetro aperto lateralmente), cappa (aperta o chiusa), lampade (wood, fotochimiche, scialitiche, etc), laser (su banco ottico, con endoscopio, liberi, confocale, due fotoni).