|  |  |
| --- | --- |
| **Al Responsabile**  **del Servizio di Prevenzione e Protezione**  **Università degli Studi di Verona**  **servizio.prevenzioneprotezione@ateneo.univr.it** | **□ Al Referente Laboratorio Radioisotopi**  **del Dipartimento di**  **Università degli Studi di Verona**  **(barrare solo se l’attività comporta l’esposizione a radiazioni ionizzanti)** |
| **Alla segreteria dei Medici Competenti**  **Università degli Studi di Verona**  **medico.competente@ateneo.univr.it** | **□ Al Responsabile**  **del Servizio di Prevenzione e Protezione dell’AOUI**  **(barrare solo se l’attività si svolge anche, o esclusivamente, in AOUI)** |

**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 [ ] dottorando [ ] borsista [ ] tesista [ ] ricercatore [ ] tecnico [ ] medico [ ] studente [ ] 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:

**RMN [ ] TSM [ ] CEM [ ] Laser [ ] Transilluminatori [ ] Lampade UV portatili [ ] Cappe UV aperte [ ] 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)

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

**Gas anestetici [ ] Elettromedicali [ ]** *(specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

**Altro [ ]** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V I S T O:**

Responsabile Scientifico

*Prof./Dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Legenda:*

*RMN: Risonanza Magnetica Nucleare*

*TSM (Stimolatori Magnetici Transcranici): sono esposti i lavoratori che utilizzano lo stimolatore magnetico transcranico e/o permangono nella stanza durante il suo funzionamento.*

*CEM (Campi Elettromagnetici): le reti WI-Fi non sono da considerare fonte di rischio CEM*

*Laser: vanno indicati come fonti di rischio i laser che vengono utilizzati su banco ottico, non vanno indicati i laser presenti all’interno di apparecchiature oppure schermati (come il confocale)*

*Transilluminatori: sono fonte di rischio i transilluminatori muniti di vetro aperto lateralmente e quelli usati aperti.*