

SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE

Personale dipendente ed equiparato ai sensi del Titolo XI D. Lgs. 101/2020 s.m.i.

a cura del **Lavoratore** (*campi obbligatori)

Cognome e Nome*:

Luogo e data di nascita*: **Sesso*** M F

Domicilio:

Codice fiscale*:

Recapito Telefonico: **e-mail***:

Precedenti esposizioni lavorative (dipendente e/o autonomo)*:

➤ Dal al presso

Acconsento al trattamento e alla trasmissione dei dati e delle valutazioni dosimetriche che mi riguarderanno tra Esperto di Radioprotezione, Datore di Lavoro e Medico Autorizzato per i fini e gli scopi descritti nel D.Lgs. 101/20 s.m.i.: SÌ NO

Firma del Lavoratore: **Data**:

a cura della **Direzione della Struttura** (*campi obbligatori)

Responsabile*: **Struttura***:

Recapito Telefonico:

Qualifica Lavoratore*: **Data di assunzione (se dipendente)**

Destinazione lavorativa*:

Si rammenta che la Struttura ha l'obbligo di soddisfare i requisiti di formazione/informazione/addestramento come da art. 111 D. Lgs. 101/20 s.m.i., prima di esporre ad attività con rischio di esposizione da radiazioni ionizzanti

Firma del Direttore della Struttura: **Data**:

a cura del **Responsabile dell'Attività** (*campi obbligatori)

Descrizione particolareggiata dell'attività con rischio da R.I.

Responsabile*: **Recapito telefonico (per eventuali necessità)**:

IMPIEGO APPARECCHI RX*

RX (nome, tipo s/n)	1).....	2).....	3).....
Fascio blindato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
mA (max)			
kV (max)			
<input type="checkbox"/> scatti/anno <input type="checkbox"/> ore/anno			
altro			

PROTEZIONI PRESENTI*:

- Schermi: SI NO
- DPI: SI NO

NOTE:

.....

.....

IMPIEGO SORG. RADIOATTIVE*

Radionuclide (simbolo)	Sorgente sigillata	Attività × esperimento (Bq)	Numero esperimenti/ anno (stima)	Durata singolo esperimento (h)
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

PROTEZIONI PRESENTI*:

- Schermi: SI NO
- DPI: SI NO

NOTE:

.....

.....

Attività con rischio da R.I. svolte presso terzi (laboratori, enti, Università, strutture esterne in genere) per conto della struttura di appartenenza*:

SEDE	nn. GIORNI/ANNO	Attività lavorativa con RI	NOTE

Firma del Responsabile:

Data:

