



SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE

ai sensi del Titolo IX D.Lgs. 101/2020 s.m.i.

Parte da compilare a cura del MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA											
COGNOME e NOME: _____				Se nota - SEDE PRIMARIA:			Se noti:				
LUOGO e DATA di NASCITA: _____				SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			PADIGLIONE: _____				
							SERVIZIO: _____				
DOMICILIO: _____			C.F.: _____		Altre attività con rischio da R.I. contemporaneamente svolte presso terzi (ospedali in rete formativa e/o non in rete formativa):						
TEL.: _____		e-mail: _____									
PRECEDENTI ESPOSIZIONI LAVORATIVE (dipendente e/o autonomo):				SEDE		nn GIORNI/ANNO		Attività con RI		NOTE	
1. Dal _____ al _____ presso _____											
2. Dal _____ al _____ presso _____											
3. Dal _____ al _____ presso _____											
Accenso al trattamento e alla trasmissione dei dati e delle valutazioni dosimetriche 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.: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
FIRMA del LAVORATORE: _____							DATA: _____				
Parte da compilare a cura del Direttore della Scuola di Specializzazione Medica											
DIRETTORE: _____				SCUOLA: _____				TEL.: _____			
ATTIVITÀ SVOLTA DAL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA:		<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA RX TRADIZIONALE <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA RX SPECIALISTICA (TC, ecc...) <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA <input type="checkbox"/> PORTATILI PER GRAFIA / SCOPIA			<input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEARE <input type="checkbox"/> LAB. RADIOMETRIA <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA METABOLICA <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA BRACHITERAPIA			<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA TELETER. <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
DEFINIZIONE PARTICOLAREGGIATA DELL'ATTIVITÀ SVOLTA CON USO DI RI (art. 131 DL 101/20 s.m.i.)					POSSIBILI POSIZIONI OCCUPATE DAL LAVORATORE RISPETTO AL CENTRO DEL FASCIO DELLA SORGENTE:						
Tipo prestazione o attività svolta con RI	Apparecchio o radioisotopo	N° medio prestazioni mensili	Per radiologia diagnostica indicare la tecnica usata (grafia, scopia, ecc...)	Tempo medio prestazione (mm.ss.)	50 cm (% tempo)	100 cm (% tempo)	150 cm (% tempo)	oltre 150 cm (% tempo)	fuori stanza / sala (% tempo)	Note	
FIRMA del DIRETTORE: _____							DATA: _____				