



**Scheda di ripresa attività lavorativa con esposizione  
a radiazioni ionizzanti**

*Unità Professionale di Fisica Sanitaria  
Alma Mater Studiorum Università di Bologna  
viale Berti Pichat 6/2 – 40127 Bologna  
email: [centrosalutesicurezza.fisicasanitaria@unibo.it](mailto:centrosalutesicurezza.fisicasanitaria@unibo.it)*

*A cura della Direzione della Struttura*

**La Struttura (Dip. / U.C. / ecc.):** .....

Sede: .....

Referente interno: .....

Tel: .....

**COMUNICA CHE**

**Il/la Lavoratore/trice:** Cognome e Nome: .....

Luogo e data di nascita: .....

Domicilio: .....

A partire dal ..... rientra in servizio:

Con le precedenti attribuzioni di compiti e attività (come specificato dalla precedente scheda di radioprotezione)

Con mansioni e/o destinazione lavorativa diverse: specificare.....  
.....  
.....

dopo assenza per:

a) Lunga Malattia

b) Gravidanza

c) Altro (specificare).....

Bologna, li .....

Timbro e firma del Direttore

**A cura dell'Esperto di Radioprotezione**

**CLASSIFICAZIONE:**

Confermata: LAVORATORE CLASS. NON ESPOSTO come da Scheda n°..... del .....

Confermata: LAVORATORE ESPOSTO CAT. .... come da Scheda n°..... del .....

Variata: NUOVA CLASSIFICAZIONE LAVORATORE ESPOSTO CAT. ....

Variata: NUOVA CLASSIFICAZIONE LAVORATORE NON ESPOSTO.

Bologna, li .....

L'Esperto di Radioprotezione