**SCHEDA DI RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

***Personale dipendente ed equiparato ai sensi del D.Lgs. 101/2020***

*Trasmettere compilata al Servizio di Fisica Sanitaria, e-mail:* *serfisan@unipr.it*

**Dipartimento di Scienze degli Alimenti e del Farmaco**

|  |
| --- |
| **A CURA DEL LAVORATORE** |
| **Cognome e Nome:** [ ] Sesso: [ M/F ] **Luogo e data di nascita**: [ ] Codice Fiscale: [ ] **Recapito telefonico**: [ ] **e-mail**: [ ]**Sede dell’attività con rischio da radiazioni ionizzanti:** **DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DEL FARMACO****Altre attività con rischio da Radiazioni Ionizzanti** **svolte contemporaneamente** a quella per conto della struttura di appartenenza (art.118, c.3, D.Lgs. 101/2020): [ ](in caso affermativo si devono fornire a serfisan@unipr.it i dati relativi alle dosi ricevute)Precedenti esposizioni lavorative (dipendente e/o autonomo):* *Dal [ ] al [ ] presso [ ] Classificazione [ ]*
* *Dal [ ] al [ ] presso [ ] Classificazione [ ]*

*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 del D.Lgs. 101/2020: [SI/NO]***DICHIARO** **che accederò alle strutture con Rischio di Radiazioni Ionizzanti** **DOPO aver ricevuto**:* informazione/formazione/addestramento ai sensi dell’art. 111 D.Lgs. 101/2020;
* gli opportuni DPI e il dosimetro, se prescritto;
* il giudizio di idoneità dal Medico Competente o Autorizzato (se del caso).

Mi impegno a rispettare gli “obblighi dei lavoratori” così come previsti dall’art.118 del D.Lgs.101/2020 ***Data****:* [ ] ***Firma del Lavoratore*** (olografa o digitale)*:* [ ] |
| **A CURA DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO****Direttore**: Prof. Gianni Galaverna Struttura: Dipartimento di Scienze degli Alimenti e del Farmaco **Qualifica Lavoratore**: (es. docente/PTA/collaboratore esterno/borsista): [ ] **Data di fine attività** (se prevedibile, ad es. scadenza del contratto): [ ] ***Data****:* [ ] ***Firma del Responsabile*** (olografa o digitale)*: [ ]***A CURA DEL RESPONSABILE DELL’ATTIVITA’ (PREPOSTO)****Responsabile**: [ ]**Descrizione dell’attività lavorativa/esperimento:**[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo di isotopo** | **Attività/esperimento** | **Numero esperimenti/media mensile** | **Tempo di esposizione/media mensile** |
|  [Isotopo 1] | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  [Isotopo 2] | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Attività non comprese nei precedenti punti: [ ] |

**Uso mezzi di protezione** [ ]

Altre info sulle modalità di lavoro: [ ]

***Data:*** [ ] ***Firma del Responsabile****:* (olografa o digitale)*:* [ ]

**I firmatari della presente si impegnano a comunicare a** **serfisan@unipr.it** **qualunque variazione dei dati sopra riportati. La cessazione e/o variazione di attività andranno comunicate preventivamente.**