|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCHEDA RI**  **mod. n. 4** | **SCHEDA DI RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI (SRI)**  **PERSONALE DIPENDENTE ED EQUIPARATO AI SENSI DEL D.LGS. 101/20** | Rev. 2del 28/02/25 |
| Trasmettere opportunamente compilata a [protocollo.cesislav@unipr.it](mailto:protocollo.cesislav@unipr.it) e a [serfisan@unipr.it](mailto:serfisan@unipr.it) | |

|  |
| --- |
| **OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO DIDATTICO E NUOVA CHIRURGIA** |

|  |
| --- |
| **DIRETTORE DI DIPARTIMENTO** |
| **Direttore**: prof. Andrea Summer Struttura: Dipartimento di Scienze Medico Veterinarie  **Direttore Sanitario**: prof.ssa Cecilia Quintavalla  **Lavoratore (Cognome e Nome):** [ ]  **Qualifica Lavoratore**: (es. docente/PTA/collaboratore esterno/borsista): [ ]  **Sede dell’attività con rischio da radiazioni ionizzanti:** Ospedale Veterinario Universitario Didattico e Nuova Chirurgia  **Data di fine attività** (se prevedibile, ad es. scadenza del contratto): [ ] |
| **RADRL (DI 363/98)**  **Responsabile dell’attività didattica e di ricerca in laboratorio**: prof. Giacomo Gnudi  **Descrizione dell’attività lavorativa:** [ ] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività/sorgenti utilizzati** | **Personale coinvolto/mansione** | **Numero attività strumentali che comportano esposizione potenziale/settimana** | **Tempo esposizione medio/settimana** |
| **Endorale raggi X** | Chirurgo | [ ] | [ ] |
| Anestesista | [ ] | [ ] |
| **Ortopantomografia (OPT)**  **Tomografia volumica digitale a fascio conico (CBCT)** | Specialista | [ ] | [ ] |
| Medico | [ ] | [ ] |
| **Radiografie** | Diagnostica di routine | [ ] | [ ] |
| Diagnostica di Pronto Soccorso | [ ] | [ ] |
| Anestesista | [ ] | [ ] |
| Personale Tecnico di supporto | [ ] | [ ] |
| Attività non comprese nei precedenti punti: [ ]  **Uso mezzi di protezione** (barrare solo le caselle interessate)**:**  [ ] 0.5 mm Pb [ ] guanti Pb 0.5mm Pb [ ] schermo 2mm Pb [ ] altri: paratiroide 0.5mm Pb  Altre info sulle modalità di lavoro: [ ] | | | |

|  |
| --- |
| **LAVORATORE** |
| **Luogo e data di nascita**: [ ] **Codice Fiscale**: [ ] sesso: []  **Recapito telefonico**: [ ] **e-mail**: [ ]  **Il sottoscritto DICHIARA** **che accederà alle strutture con rischio di radiazioni ionizzanti** **DOPO aver ricevuto**:   * l’informazione, la formazione e l’addestramento ai sensi dell’art. 111 D.Lgs. 101/2020; * gli opportuni dispositivi di protezione individuali (DPI) e il dosimetro se prescritto; * il giudizio di idoneità dal Medico Competente o Autorizzato (se del caso).   Si impegna a rispettare gli “obblighi dei lavoratori” così come previsti dall’art. 118 del D.Lgs. 101/2020.  *Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento Europeo in materia di privacy n. 2016/679-UE e del D. Lgs. n. 196/2003,* così come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101*, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e raccolti dall’Università per le finalità necessarie nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza*  ***Data****:* [ ] ***Firma del Lavoratore*** [ ] |
| ***Firma del RADRL****:* [ ]***Firma del Direttore Sanitario****:* [ ] ***Firma del Direttore***)*:* [ ]  Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005…………… |

*I firmatari della presente si impegnano a comunicare a* [*protocollo.cesislav@unipr.it*](mailto:protocollo.cesislav@unipr.it) *qualunque variazione dei dati sopra riportati. La cessazione e/o variazione di attività andranno comunicate preventivamente.*

**AUTODICHIARAZIONE DEL LAVORATORE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_) cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documento identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

* **che** [ ] **svolge -**  [ ] **non svolge** altre attività con rischio da radiazioni ionizzanticontemporaneamente a quella effettuata per conto dell’OVUD o della Nuova Chirurgia (art.118, c.3, D.Lgs. 101/2020).

Dosi ricevute *Dal* [ ] *al* [ ] *presso* [ ]

Dosi ricevute *Dal* [ ] *al* [ ] *presso* [ ]

* Che [ ] ha svolto [ ] non ha svolto attività che hanno comportato esposizioni lavorative (dipendente e/o autonomo) alle radiazioni ionizzanti nel periodo:
* *Dal* [ ] *al* [ ] *presso* [ ] *Classificazione lavoratore esposto categoria* [ ]
* *Dal* [ ] *al* [ ] *presso* [ ] *Classificazione lavoratore esposto categoria* [ ]

*Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento Europeo in materia di privacy n. 2016/679-UE e del D. Lgs. n. 196/2003,* così come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101*, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e raccolti dall’Università per le finalità necessarie nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza*

(luogo) (data)

***Firma del Lavoratore*** (olografa o digitale)*:* [ ]

*N.B. Il documento di identità è parte integrante della presente dichiarazione*