|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCHEDA RI**  **mod. n. 7** | **COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE DELL’ATTIVITA’**  **CON RADIAZIONI IONIZZANTI PER PERSONALE DIPENDENTE**  **AI SENSI DEL D.LGS. 101/2020** | Rev. 1del 26/06/25 |
| Trasmettere opportunamente compilata a [protocollo.cesislav@unipr.it](mailto:protocollo.cesislav@unipr.it) e a [serfisan@unipr.it](mailto:serfisan@unipr.it) | |

|  |
| --- |
| **DIPARTIMENTO/CENTRO DI [ ]** |

|  |
| --- |
| **DIRETTORE DI DIPARTIMENTO** |
| **Il Direttore**: prof. [ ]  Struttura: Dipartimento di [ ]  **Direttore Sanitario**: [ ]  **COMUNICA CHE**  **il lavoratore nome e cognome:** [ ]  **Qualifica**: (es. docente/PTA/collaboratore esterno/borsista): [ ]  **esposto in categoria**: (indicare A, B, o non esposto): [ ]  **CESSA L’ATTIVITA’ LAVORATIVA** comportante esposizione a radiazioni ionizzanti presso questa strutturaa partire dal [ ] per i seguenti motivi:  [ ] cessazione dell’attività con radiazioni ionizzanti  [ ] cessazione del rapporto di lavoro con l’Università di Parma |
| **RADRL (DI 363/98)**  **Responsabile dell’attività didattica e di ricerca in laboratorio**: [ ]  **Sede dell’attività con rischio da radiazioni ionizzanti:** [ ] |
| **LAVORATORE** | |
| **Nome e cognome:** [ ]  **Luogo e data di nascita**: [ ] **Codice Fiscale**: [ ] sesso: []  **Recapito telefonico**: [ ] **e-mail**: [ ]  Il sottoscritto DICHIARA che si impegna a rispettare gli “obblighi dei lavoratori” così come previsti dall’art. 118 del D.Lgs. 101/2020 e che NON accederà alle strutture con rischio di radiazioni ionizzanti nel periodo di sospensione dell’Attività. La ripresa dell’attività sarà preventivamente valutata dal Medico Autorizzato (se del caso).  *Il/Ia 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.*