|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCHEDA RI**  **mod. n. 4** | **SCHEDA DI RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI (SRI)**  **PERSONALE DIPENDENTE ED EQUIPARATO AI SENSI DEL D.LGS. 101/2020** | Rev. 4del 29/05/25 |
| Trasmettere opportunamente compilata a [protocollo.cesislav@unipr.it](mailto:protocollo.cesislav@unipr.it) e a [serfisan@unipr.it](mailto:serfisan@unipr.it) | |

|  |
| --- |
| **CENTRO DI** [ ] |

|  |
| --- |
| **DIRETTORE DI DIPARTIMENTO** |
| **Direttore**: prof. [ ] Struttura: Dipartimento di[ ]  **Direttore Sanitario ( se presente)**: [ ]  **Lavoratore (Cognome e Nome):** [ ]  **Sede dell’attività con rischio da radiazioni ionizzanti:** [ ]  **Data di inizio attività:** [ ]  **Data di fine attività** (se prevedibile, ad es. scadenza del contratto): [ ] |
| **RADRL (DI 363/98)**  **Responsabile dell’attività didattica e di ricerca in laboratorio**: [ ]  **Descrizione dell’attività lavorativa:** [ ] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Attività/sorgenti utilizzati** | **utilizzatore/mansione** | **N. attività i che comportano esp. potenziale/sett.** | **Tempo esposizione medio/settimana**  (ore e minuti) | **kV/mA** |
| **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 | [ ] | [ ] | [ ] |
| Pers. Tecnico di supporto | [ ] | [ ] | [ ] |
| Altri generatori XRD, SEM, TEM MICROCT, XRF | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| **Tipo di isotopo** | **Attività/esperimento** | **N. attività impiegata per esperimento che comportano esp. potenziale/sett.** | **Tempo esposizione medio/settimana** |  |
| Isotopo 1 [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |  |
| Isotopo 2 [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |  |
| 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**: [ ]  **Qualifica Lavoratore**: (es. docente/PTA/collaboratore esterno/borsista): [ ]  **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/Il/a 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 da [ ]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data[ ]\_ 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 del Centro sopradetto (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*

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