|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCHEDA RI****mod. n. 6** | **COMUNICAZIONE DI RIPRESA 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 e a serfisan@unipr.it |

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

|  |
| --- |
| **DIRETTORE DI DIPARTIMENTO** |
| **Il Direttore**: prof. [ ] Struttura: Dipartimento di [ ]**Direttore Sanitario (se presente)**: [ ]**COMUNICA CHE****il lavoratore nome e cognome:** [ ]**Qualifica**: (es. docente/PTA/collaboratore esterno/borsista): [ ] **esposto in categoria**: (indicare A, B, o non esposto): [ ] sospeso temporaneamente dal servizio a seguito di [ ] gravidanza[ ] lunga malattia[ ] missione all’estero per un periodo oltre i 6 mesi[ ] altro (specificare) [ ] a partire dal[ ] RIPRENDE l’ATTIVITA’ LAVORATIVA [ ] con le stesse mansioni[ ] con mansioni diverse. In questo caso occorre aggiornare la scheda di rischio da radiazioni ionizzanti. |
| **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:** [ ]**Mansione:** [ ]**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* *qualunque variazione dei dati sopra riportati. La cessazione e/o variazione di attività andranno comunicate preventivamente.*