**Raccolta dati occupazionali per la radioprotezione**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale ⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipartimento e Sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In assunzione [ ] Già in servizio [ ] Studente [ ] Autonomo [ ] Esterno [ ]

[ ] Altro, indicare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trasferito da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Descrizione dell’attività lavorativa con riferimento all’esposizione a radiazioni ionizzanti (D.Lgs. 101/2020), indicando le ore settimanali che si prevede di dedicare a tali attività:***

1. **PREVALENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **SUSSIDIARIA/E\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma e timbro del Direttore**  \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Sezione a cura dell’Esperto di Radioprotezione**

**In base ai dati riportati, applicando i criteri di cui al D.Lgs. 101/2020, il lavoratore è classificato:**

**□ ESPOSTO DI CATEGORIA A □ ESPOSTO DI CATEGORIA B □ NON ESPOSTO**

L’attività lavorativa comporta i seguenti rischi di irradiazione:

**Irradiazione Esterna** **Irradiazione Interna**

[ ] Globale [ ] Parziale [ ] Globale [ ] Parziale

Pertanto, all’operatore verrà assegnato il seguente tipo di controllo dosimetrico:

1. Dosimetro TLD tipo CARD per la valutazione della dose al corpo intero [ ]

2) Dosimetro TLD tipo:

**a)** anello (valutazione della dose alle mani) [ ]

**b)** bracciale (valutazione della dose al polso) [ ]

**c)** fascia (valutazione della dose al cristallino) [ ]

3) Altro tipo di dosimetro: [ ]

**Firma e timbro dell’Esperto di Radioprotezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Sezione a cura del Lavoratore**

Precedenti/attuali periodi di esposizione lavorativa alle radiazioni ionizzanti.

**ENTE PERIODO** di inizio e fine rapporto di lavoro

(giorno/mese/anno)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Copia della scheda dosimetrica personale relativa al periodo pregresso è allegata alla presente richiesta: [ ] Sì [ ] No

Richiesta in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pervenuta in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Lavoratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Sezione da compilare a seguito della visita medica preventiva (se valutato idoneo)**

Data di ritiro del/i dosimetro/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consegna delle Norme Operative Interne di Protezione [ ]

**Firma del Lavoratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dichiarazione personale**

Cognome: ……………………….……... Nome: ……….…………………… Sesso: M ⬜ F ⬜

Luogo e data di nascita: ……….…………………………………………………………………….

Codice fiscale: ⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜

Qualifica: ………….………………. Sede di lavoro: ………………….……………………………

Il/La sottoscritto/a ………………….…………..………… dichiara che prima dell’inizio di attività comportanti esposizione a radiazioni presso l’Università degli Studi di Perugia:

⬜ non ha svolto alcuna attività con rischio da radiazioni ionizzanti.

⬜ ha svolto attività con rischio da radiazioni ionizzanti come indicato a pagina 2 del presente modulo.

⬜ ha svolto attività con rischio da radiazioni ionizzanti in qualità di lavoratore autonomo.

Dichiara altresì che da quando svolge attività comportanti esposizione a radiazioni presso l’Università degli Studi di Perugia:

⬜ non svolge attività con rischio da radiazioni ionizzanti al di fuori dell’Università degli Studi di Perugia.

⬜ svolge attività con rischio da radiazioni ionizzanti anche per conto di altri datori di lavoro, come indicato a pagina 2 del presente modulo.

⬜ svolge attività con rischio da radiazioni ionizzanti anche in qualità di lavoratore autonomo.

⬜ svolge prestazioni, per conto dell’Università degli Studi di Perugia (consulente, ecc.) presso le seguenti strutture, gestite da terzi, nelle quali sussiste rischio da radiazioni ionizzanti, , come indicato a pagina 2 del presente modulo.

Donna in età fertile ⬜ sì ⬜ no

Il/la sottoscritto/a si impegna ad informare tempestivamente il datore di lavoro in ordine a qualsiasi eventuale variazione rispetto a quanto sopra dichiarato.

**Firma del Lavoratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**