

**SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE
CESSAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA CON RISCHIO DA RI**

UOSD di Fisica Sanitaria e Radioprotezione - Responsabile Dott.ssa Stefania Clemente

Inviare compilato a dosimetriapersonaleambientale@unina.it

A CURA DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

STRUTTURA _____ **Responsabile** _____

TELEFONO _____

SI COMUNICA CHE IL LAVORATORE

COGNOME E NOME _____ **SESSO** _____ **nato a** _____ **il** _____

DOMICILIO _____ **VIA** _____ **TEL** _____

A PARTIRE DAL _____ **NON PRESTERA' PIU' LA PROPRIA ATTIVITA' LAVORATIVA PRESSO QUESTA STRUTTURA**

CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO CON L'AOU

☐ NO

☐ SI

SOSPENSIONE DOSIMETRI

☐ NO

☐ SI

FIRMA _____

DATA _____

NOTE

- INVIARE IL MODULO COMPILATO a dosimetriapersonaleambientale@unina.it
- IL RECAPITO TELEFONICO VERRA' UTILIZZATO PER CONCORDARE CON IL LAVORATORE LA VISITA DI FINE RAPPORTO
- DURANTE LA VISITA CONCLUSIVA IL LAVORATORE POTRA' FARE RICHIESTA DI COPIA DELLA PROPRIA SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE