

Inviare compilato a dosimetriapersonaleambientale@unina.it

1. A CURA DEL LAVORATORE

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

CODICE FISCALE _____

DOMICILIO _____ VIA _____ TEL _____

E-MAIL _____ QUALIFICA _____

UNITA' OPERATIVA _____

ATTUALI ATTIVITA' CON RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI PRESSO ALTRE SEDI ☐ NO ☐ SI
SE SI (INDICARE SEDE-ATTIVITA' SVOLTA) _____

PRECEDENTI ESPOSIZIONI LAVORATIVE ☐ NO ☐ SI DIPENDENTE ☐ NO ☐ SI AUTONOMO
SE SI (INDICARE DAL-AL/ PRESSO) _____
ALLEGARE DOSI PREGRESSE _____

FIRMA _____ DATA _____

2. A CURA DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

indicare le attività che il lavoratore deve svolgere, ai sensi dell' art. 131, comma b, D.Lgs 101/20 e s.m.i.

STRUTTURA _____ Responsabile _____

IL LAVORATORE E' DESTINATO A ☐ IMPIEGO DI APPARECCHI RX
☐ ATTIVITA' IN RISONANZA MAGNETICA
☐ IMPIEGO DI SORGENTI NON SIGILLATE/ SIGILLATE

FIRMA _____ DATA _____

3. A CURA DELL' ESPERTO di RADIOPROTEZIONE

☐ Irradiazione Esterna ☐ Globale ☐ Parziale
☐ Irradiazione Interna

CLASSIFICAZIONE DEL LAVORATORE (art. 131, comma b, D.Lgs 101/20 e s.m.i.)

☐ Esposto in categoria A
☐ Esposto in categoria B
☐ Non esposto

☐ Dosimetro BADGE ☐ Dosimetro esterno BADGE ☐ Dosimetro a bracciale ☐ Dosimetro ad Anello
☐ Dosimetro a Cristallino

FIRMA _____ DATA _____

- INVIARE IL MODULO COMPILATO parte 1 e 2 E GLI ATTESTATI DI SUPERAMENTO DEI CORSI DI FORMAZIONE, RELATIVI ALLA SPECIFICA ATTIVITA', DISPONIBILI IN MODALITA' FAD al link <https://www.policlinico.unina.it/siti/ufu/radioprotezione/> ALLA EMAIL: dosimetriapersonaleambientale@unina.it
- SEGUIRA' VISITA CON IL MEDICO AUTORIZZATO - SOLO DOPO GIUDIZIO DI IDONEITA' POSITIVO E DOSIMETRI ASSEGNATI DISPONIBILI - SI POTRA' COMINCIARE L'ATTIVITA' IN ZONE SORVEGLIATE/CONTROLLATE
- I DOSIMETRI PERSONALI SARANNO DISTRIBUITI DAL PRESPOSTO DEL REPARTO