

**LAVORATORI ESPOSTI A RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI
D.LGS. N° 101/2020 s.m.i. (ART.109 – ART.131)**

I. Sezione a cura del LAVORATORE¹

Cognome e Nome : _____

Data di nascita: _____ Sesso M F Luogo di nascita: _____

Codice Fiscale (obbligatorio): _____

Città di Domicilio: _____ Via _____ N° _____

Tel: _____ email/PEC: _____

Ai sensi dell'art. 116 e art. 118 del D.Lgs. 101/2020, il lavoratore ha l'obbligo di informare il Datore di Lavoro:

- a) Attività pregresse** con esposizione a rischio da Radiazioni Ionizzanti Sì No Se sì:
- consegna immediatamente copia della documentazione in suo possesso in adempimento a quanto previsto dalla legislazione vigente
 - si impegna a fornire, nel più breve tempo possibile (non oltre 30gg), la documentazione dosimetrica di cui al punto precedente, non disponendone al momento.

b) Attività attuali contemporanee con esposizione a rischio da Radiazioni Ionizzanti per altri Datori di Lavoro Sì No se sì:

indicare il/i nominativo/i degli altri Datori di Lavoro e data inizio rapporto/i:

Datore di Lavoro _____ Dal _____ - Al _____

Note o Allegati: _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione a quanto dichiarato

Data _____

Firma del **Lavoratore**

II. Sezione a cura del RESPONSABILE/DIRIGENTE/PREPOSTO

Lavoratore-Cognome Nome _____ Data di nascita: _____

Struttura di appartenenza: _____ Qualifica _____

Responsabile/Dirigente/Preposto del lavoratore: _____

a) Valutazione della Destinazione/Variazione lavorativa:

- Apertura / Neo Assunto
- Variazione Idoneo a determinate condizioni²
- Rientro in attività:
 - Si conferma ultimo carico di lavoro comunicato per il lavoratore
 - Vedi carico di lavoro (punti c,d,e)
- Fine Esposizione Data _____
 - Fine Rapporto di Lavoro Non Idoneità Maternità Malattia
 - Comando/Trasferimento Altro _____

b) Rapporto di lavoro del lavoratore con UNIMORE:

- Dipendente Docente Tecnico-Amministrativo Contrattista
- Dottorando Borsista Studente/Specializzando Altro _____

c) Settore di attività:

- Apparecchiature radiogene con sorgenti di Raggi X
- Sorgenti Radioisotopiche Sigillate Non Sigillate
- Altre sorgenti di Radiazioni Ionizzanti (specificare) _____

¹Da compilarsi solo in caso di Apertura/NeoAssunto

²Si allega modulo idoneità ricevuto dal Medico Autorizzato della Sorveglianza Sanitaria

Lavoratore–Cognome Nome _____ Data di nascita: _____

d) Descrizione sintetica dell'attività svolta:

Tipo di attività, finalità e modalità di svolgimento o uso delle radiazioni ionizzanti

Periodo (solo se diverso da annuale, indicare il periodo di lavoro per cui effettuare la classificazione): Dal _____ Al _____

e) Carico di lavoro (prestazioni previste nel mese con effettivo uso di sorgenti)

Attività Lavorativa (Tipo di prestazione)	Carico di Lavoro (Prestazioni/ Mese)	Distanza dalla sorgente (% Tempo)					Dispositivi di Protezione Individuale (Indicare con crocetta)
		cm	50cm	100cm	200cm	Fuori Stanza	
							<input type="checkbox"/> Corpetto+Gonna / Camice Anti-X <input type="checkbox"/> Collarino Anti-X <input type="checkbox"/> Occhiale Anti-X <input type="checkbox"/> Guanto Anti-X <input type="checkbox"/> Altro: _____

Note e/o precisazioni: _____

Il Responsabile/Dirigente/Preposto delle attività si impegna, per conto del Datore di Lavoro a comunicare immediatamente all'Esperto di Radioprotezione e al Medico Autorizzato ogni eventuale variazione e/o la cessazione dell'attività lavorativa o del rapporto di lavoro.

 Data _____ Firma **Lavoratore** _____ Firma **Responsabile/Dirigente/Preposto** _____

III Sezione da compilare a cura dell'ESPERTO di RADIOPROTEZIONE (RPE)

Sorveglianza Fisica - Valutazione dei rischi e classificazione del lavoratore

Irradiazione:

 Esterna: Globale Parziale (Estremità, Pelle)

 Interna: Interna

Dosimetri:
 Corpo Intero: Sopra Camice Corpo Intero: Sotto Camice Cristallino
 Estremità: Bracciale Estremità: Anello Polpastrello
 Neutroni Lettura diretta Altro _____

Tipo di radiazione:
 X, Gamma Alfa Beta Neutroni Particelle Altro _____

In seguito all'accertamento del rischio di esposizione interna ed esterna derivante dalla normale attività lavorativa programmata nonché dal contributo delle esposizioni potenziali conseguenti a eventi anomali e malfunzionamenti che siano suscettibili di aumentare le dosi dei singoli derivanti da detta normale attività lavorativa programmata, si indica la classificazione del lavoratore.

Classificazione: **Categoria A** **Categoria B** **Non Esposto**

Note e/o precisazioni _____

 Data _____ Firma dell'**Esperto di Radioprotezione.** _____