

**UNIVERSITÀ DI VERONA**  
**MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA CON**  
**RADIAZIONI IONIZZANTI**

**Parte riservata al direttore d'Istituto**

Dati del Lavoratore

Cognome e Nome : \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita : \_\_\_\_\_ Luogo di nascita : \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_

C.A.P. : \_\_\_\_\_ Comune : \_\_\_\_\_ Provincia : \_\_\_\_\_

Telefono / FAX : \_\_\_\_\_

Data di assunzione / presa in servizio : \_\_\_\_\_

Qualifica : \_\_\_\_\_

Istituto / Reparto di appartenenza : \_\_\_\_\_

Telefono interno : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Tecnico Strutturato SI  NO

Istituto / Reparto presso il quale il lavoratore sarà esposto ( se diverso da quello di appartenenza )

Mansioni lavorative con esposizione alle radiazioni ionizzanti:

(si prega di specificare i **RADIONUCLIDI che si intende utilizzare e l'attività media annua**)

Mansioni lavorative con esposizione ad altre forme di rischio ( chimico, biologico..): SI  NO

Data : \_\_\_\_\_

Firma del Direttore / Responsabile : \_\_\_\_\_

Firma per presa visione del lavoratore: \_\_\_\_\_

**Parte riservata al lavoratore**

Esposizioni precedenti presso l'Università o presso altri Enti :

Nessuna esposizione precedente alla attuale occupazione

Nessuna esposizione attuale presso altri datori di lavoro

Precedenti esposizioni a radiazioni ionizzanti presso l'Università / Azienda :

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Istituto / Reparto : \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Istituto / Reparto : \_\_\_\_\_

Precedenti esposizioni a radiazioni ionizzanti presso altri datori di lavoro :

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ datore di lavoro : \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ datore di lavoro : \_\_\_\_\_

Attuali esposizioni a radiazioni ionizzanti presso altri datori di lavoro.

Datore di lavoro : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_ Firma del Lavoratore ( con la quale si impegna a comunicare in futuro eventuali esposizioni a radiazioni ionizzanti presso altri datori di lavoro ) : \_\_\_\_\_

**Parte riservata all'Esperto Qualificato – Analisi dei Rischi**

Pervenuto il : \_\_\_\_\_

Irradiazione Esterna

Globale Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

Parziale Organo : \_\_\_\_\_ Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

    Organo : \_\_\_\_\_ Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

    Organo : \_\_\_\_\_ Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

    Organo : \_\_\_\_\_ Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

Irradiazione Interna

Radionuclide : \_\_\_\_\_ Organo critico : \_\_\_\_\_ Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

Radionuclide : \_\_\_\_\_ Organo critico : \_\_\_\_\_ Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

Radionuclide : \_\_\_\_\_ Organo critico : \_\_\_\_\_ Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

Radionuclide : \_\_\_\_\_ Organo critico : \_\_\_\_\_ Dose ( mSv ) : \_\_\_\_\_

Proposta di Classificazione :

Non Esposto

Esposto A

Esposto B

Tipo di Dosimetro :

Corpo Intero

Mani

Altro \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

**Parte riservata al Medico Autorizzato – Giudizio di Idoneità**

Pervenuto il : \_\_\_\_\_

IDONEO

IDONEO con le seguenti prescrizioni :

Temporaneamente NON IDONEO

Può essere sottoposto a visita medica entro il \_\_\_\_\_

Previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

NON IDONEO

IN OSSERVAZIONE

Da sottoporre a visita medica entro il : \_\_\_\_\_ previa esecuzione dei seguenti accertamenti :

Data : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

**Parte riservata al datore di lavoro**

Pervenuto il : \_\_\_\_\_

Si autorizza l'esposizione del Lavoratore : \_\_\_\_\_

con la seguente classificazione (artt.133,146 D.Lgs.101/2020) :

Esposto A

Esposto B

Data : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_