

UNIVERSITÀ DI VERONA

MODULO PER LA CESSAZIONE/SOSPENSIONE ATTIVITA' LAVORATIVA CON RADIAZIONI IONIZZANTI

Si comunica che a partire da : __/__/__

Il lavoratore

Cognome e Nome : _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita : _____

Istituto / Reparto di appartenenza : _____

Cessa l'attività comportante esposizione a radiazioni ionizzanti per il seguente motivo:

- Termine Rapporto di lavoro con l'Università degli Studi di Verona
- Trasferimento ad altra Sezione/ Dipartimento (specificare quale) _____
- Utilizzo di metodiche che non comportano esposizione a R.I
- Altro (specificare) _____

Sospende l'attività comportante esposizione a radiazioni ionizzanti per il seguente motivo:

- Gravidanza
- Altro (specificare)

Annotazioni: _____

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____