ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

U.O. di Fisica Sanitaria

SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE

Personale dipendente ed equiparato ai sensi del Capo VIII D. Lgs. 230/95 s.m.i.

A cura del Lavoratore:

Cognome e Nome: …….

Luogo e data di nascita: …….. ***Sesso*** □ M □ F

Domicilio: ……..

Codice fiscale:…….

Recapito Telefonico:…….. E-mail:……

Altre attività con rischio da R.I. (*radiazioni ionizzanti*) svolte contemporaneamente a quella per conto della struttura di appartenenza (art. 68, comma 2, D.Lgs. 230/95 s.m.i.) : ……...……

……

Precedenti esposizioni lavorative (*dipendente e/o autonomo*) successive al 01/01/1996:

- *Dal …… al …… presso*……
- *Dal …… al …… presso*……

Acconsento al trattamento e alla trasmissione dei dati e delle valutazioni dosimetriche che mi riguarderanno tra Esperto Qualificato, Datore di Lavoro e Medico addetto alla sorveglianza medica per i fini e gli scopi descritti nel D.Lgs. 230/95 s.m.i. : □ *SÌ* □ *NO*

Firma del lavoratore:…….. ***Data: ……..***

A cura della Direzione della Struttura: Responsabile: …….

Struttura: ……

Recapito Telefonico:…….

Qualifica Lavoratore: ……Data di assunzione (se dipendente)……..

Destinazione lavorativa: ……Mansioni:…….

Il lavoratore necessita di formazione/informazione in materia di radioprotezione: □ SI □ NO

Firma del Direttore della Struttura:…….. ***Data: ……..***

A cura del Responsabile dell'Attività: Responsabile: ……

Recapito telefonico (per eventuali necessità):……

Descrizione particolareggiata dell'attività con rischio da R.I.: … ……..

□ IMPIEGO APPARECCHI RX □ IMPIEGO SORGENTI RADIOATTIVE

continuare nel retro

Firma del Responsabile dell'Attività:…… ***Data: ……..***

Classificazione del lavoratore a cura dell'Esperto Qualificato

LAVORATORE CLASSIFICATO : CATEGORIA A □

CATEGORIA B □

LAVORATORE NON ESPOSTO □

Dosimetro a badge □

Dosimetro a bracciale □

□ ***SEGUONO ANNOTAZIONI NEL RETRO***

N.B.: In caso di variazione ai dati sopra riportati dovrà essere compilata la relativa scheda di variazione di qualifica e/o attività. La cessazione e/o variazione di attività andranno comunicate PREVENTIVAMENTE.

Per il lavoratore classificato ESPOSTO, l'attività potrà avere inizio SOLO DOPO che il MEDICO ADDETTO ALLA SORVEGLIANZA MEDICA avrà provveduto a formulare il giudizio d'idoneità.

SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE

Annotazioni a cura del Responsabile dell'attività: segue descrizione particolareggiata dell'attività con rischio da R.I.

MODALITA' IMPIEGO APPARECCHI RX

- Fascio blindato: ☐ SI (es.: diffrattometria)
  ☐ NO (es.: radiologia su paziente)
- Tensione max:……..
- Corrente max:……..
- Stima ore/anno di utilizzo impianto:……
- Dispositivi di protezione individuali presenti: …….

……..

Note:……
……
……
……
……

MODALITA' IMPIEGO SORG. RADIOATTIVE

- Sorgente sigillata: ☐ SI ☐ NO
- Radioisotopo:…….
- Attività x esperimento(Bq):……
- Numero stimato esperimenti anno:…….....
- Durata singolo esperimento (stima in h):……..
- Sorgente sigillata (2): ☐ SI ☐ NO
- Radioisotopo (2):……
- Attività x esperimento(Bq):……
- Numero stimato esperimenti anno:…….....
- Durata singolo esperimento (stima in h):……

Note:……
……
……
……
……

Annotazioni a cura dell'Esperto Qualificato:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……..

Data: ……. Firma dell'Esperto Qualificato: ……