|  |  |
| --- | --- |
| **SCHEDA DI DESTINAZIONE LAVORATIVA E DI RADIOPROTEZIONE**  **PROT. N.** | |
| DATORE DI LAVORO  ............................................................................  ............................................................................ | SEDE  ...........................................................................  ........................................................................... |
| **QUADRO (A) A CURA DEL LAVORATORE**  Cognome e nome ………………………………………………………… Sesso  M  F  Luogo e data di nascita ………………………………………………………………………………  Domicilio (via, cap, città, tel) ……………………………………………………………………….  **Esposizioni lavorative precedenti l'assunzione (ex art. 68, comma 2, DLgs. 230/95 e s.m.i.)**   Nessuna  Già indicate in precedenti schede di radioprotezione   Sedi e relativi periodi ……..……………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………..  **Altre attività con rischio da radiazioni ionizzanti svolte contemporaneamente a quelle per conto dell’Istituto di appartenenza (ex art. 68, comma 2, DLgs. 230/95 e s.m.i.)**   Nessuna  Per conto di altri datori di lavoro …………………………………   Autonome …………..……..……………………………………………………………………..  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **QUADRO (B) A CURA DEL DATORE DI LAVORO**  **Posizione nei confronti della Struttura di appartenenza** | |
|  Dipendente Data di assunzione ………………... | |
|  Borsista  Ospite   Studente  Collaboratore esterno   Dottorando  Dipendente INFN   Iscritto a Scuole di Spec. o Perfez.  Dipendente CNR   Assegnista di ricerca  Altro (specificare) ..………………  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Direttore del Dipartimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **QUADRO ( C) A CURA DEL RESPONSABILE**  Locali nei quali viene svolta attività’ con rischio radiologico........................................................  .....................................................................................................................................................….  .....................................................................................................................................................….  **UTILIZZO DI APPARECCHI RADIOGENI PER ANALISI/RICERCA**  :   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Apparecchiature  impiegate | Condizioni di impiego  KV mA/mAs | | Carico di lavoro  ORE/MESE | | Posizione e distanza (m)  schermata non schermata | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **PAGINA A DISPOSIZIONE PER UNA DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLE ATTIVITA' SVOLTE**  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………….........................................................................................  ....................................................................…..................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Firma del Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Lavoratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **QUADRO (D) A cura dell‘Esperto Qualificato**  Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Destinazione Lavorativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sulla base dei dati e delle indicazioni fornite il lavoratore risulta :   ESPOSTO CATEGORIA A   ESPOSTO CATEGORIA B   NON ESPOSTO | |
| **PERSONALE CHE SVOLGE ATTIVITA' SOLO PRESSO L'ENTE DI APPARTENENZA**   ESPOSTO CATEGORIA A   ESPOSTO CATEGORIA B   NON ESPOSTO | **PERSONALE CHE SVOLGE ATTIVITA' ANCHE PRESSO TERZI:**   ESPOSTO CATEGORIA A (Lavor. esterno ex art.6  lett. r, DLgs. 230/95)   ESPOSTO CATEGORIA A (attività ex art.65 DLgs. 230/95)   ESPOSTO CATEGORIA B (attività ex art.65 DLgs. 230/95)   NON ESPOSTO |
| **APPRENDISTI E STUDENTI (ex all. III, DLgs. 230/95)**   Art. 2.1 a) (classificazione da effettuarsi nei riquadri precedenti) | |
| **QUESTA CLASSIFICAZIONE SI BASA** :   SU UNA VALUTAZIONE DELL'ASSORBIMENTO DI DOSE ANNUALE PER IRRAGGIAMENTO ESTERNO  PARI A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mSv/anno   SU UNA VALUTAZIONE DELL'ASSORBIMENTO DI DOSE ANNUALE PER IRRAGGIAMENTO ESTERNO  E CONTAMINAZIONE INTERNA PARI A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mSv/anno   TIENE CONTO DEL CONTRIBUTO DELLE ESPOSIZIONI CONSEGUENTI AD EVENTI ANOMALI O  POSSIBILI MALFUNZIONAMENTI, AL DI FUORI DELLA NORMALE ATTIVITA' LAVORATIVA  PROGRAMMATA  **PROVVEDIMENTI DOSIMETRICI** :   DOSIMETRO AL PETTO   DOSIMETRO AD ANELLO  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’Esperto Qualificato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Firma del datore di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |