

La Scheda deve essere compilata unicamente da coloro che intendono svolgere attività comportanti esposizione alle radiazioni ionizzanti per conto o presso l'Università di Milano Bicocca.

Sez. 1 DATI PERSONALI

Cognome.....Nome.....
Nato/a a Prov. il.....
C.F. □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Sesso □ M □ F Tel.
Residente in Prov Email
Indirizzo..... n. CAP.....

Sez. 2 POSIZIONE LAVORATIVA ATTUALE

Datore di lavoro: ☐ UNIMIB (specificare struttura/Dipartimento.....)
☐ Altro (specificare Nome, Struttura ed indirizzo.....)
.....
Posizione lavorativa:
SE UNIMIB
☐ *Studente*: ☐ laureando ☐ Specializzando ☐ Dottorando ☐ Altro (spec.....)
☐ *Personale Universitario*: ☐ a tempo pieno ☐ part-time
(Qualifica.....)
se specializzando, specificare scuola di specializzazione (.....)
SE ALTRO
☐ *Dipendente*: (qualifica.....)
☐ *Autonomo*: (professione

Sez. 3 PRECEDENTI ESPOSIZIONI

Il soggetto è stato esposto alle R.I. presso altri centri anteriormente alla data di compilazione della presente scheda?
☐ NO
☐ SI
Se si specificare ente e periodo:
Ente:.....Periodo:.....
Ente:.....Periodo:.....
Ente:.....Periodo:.....

Sez. 4 ALTRE ESPOSIZIONI

Il soggetto svolge altre attività comportanti esposizione alle R.I. presso altri centri contemporaneamente all'attività presso UNIMIB?
☐ NO ☐ SI
Se si specificare ente e eventuale classificazione:
Ente:.....Categoria:.....

Sez. 5 MODALITA' E TEMPI DI ESPOSIZIONE

Il soggetto utilizza sorgenti di calibrazione per attività di ricerca e/o didattica? ☐ NO ☐ SI

Il soggetto utilizza sostanze radioattive in forma non sigillata o apparecchi a raggi X per attività clinica o di ricerca? ☐ NO ☐ SI

Se si indicare la tipologia

☐ clinica

☐ ricerca

Indicare il numero di procedure per settimana comportanti la manipolazione di sorgenti radioattive non sigillate: NOTE:

Indicare il numero di procedure per settimana comportanti la manipolazione di sorgenti radioattive sigillate: NOTE:

Indicare il numero di procedure /esami per settimana comportanti l'utilizzo di apparecchi a raggi X: NOTE:

Indicare il tempo di permanenza media settimanale nelle zone classificate con rischio da RI

☐ Zona Controllata per Ore/settimana Reparto/Ambito/Locali:

☐ Zona Sorvegliata per Ore/settimana Reparto/Ambito/Locali:

Indicare il numero di esperimenti per settimana comportanti la manipolazione di campioni irraggiati:

Provvede direttamente al prelievo del campione irraggiato? ☐ NO ☐ SI (spec. Num/sett.....)

Indicare il numero di ore di manipolazione di sorgenti di taratura:

Sez. 6 PER DIPENDENTI DI TERZI

Il soggetto è autorizzato allo svolgimento di attività comportanti esposizione alle RI?

☐ NO ☐ SI

Se si, specificare

☐ Esposto cat. A ☐ Esposto cat. B ☐ Non esposto ☐ Lavoratore esterno

Lo scrivente si impegna ad assicurare gli adempimenti posti a proprio carico dal D. Lgs. 101/20. Si prega di presentare l'attestato di avvenuta formazione (art. 111).

Sez. 7 FORMAZIONE

Il soggetto è stato adeguatamente informato e formato sui rischi derivanti da esposizione alle RI ed il corso è stato erogato negli ultimi cinque anni?

☐ NO ☐ SI

Se si, specificare in quale data.....

L'Interessato

Il responsabile dell'attività
