**SCHEDA DI RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

***Personale dipendente ed equiparato ai sensi del D.Lgs. 101/2020***

*Trasmettere compilata al Servizio di Fisica Sanitaria, e-mail:* *serfisan@unipr.it*

**Ospedale Veterinario Universitario Didattico - OVUD**

|  |
| --- |
| **A CURA DEL LAVORATORE** |
| **Cognome e Nome**: [] Sesso: [F] **Luogo e data di nascita**: [ ] Codice Fiscale: [ ] **Recapito telefonico**: [ ] **e-mail**: [ ]**Sede dell’attività con rischio da radiazioni ionizzanti:** **OSPEDALE VETERINARIO****Altre attività con rischio da Radiazioni Ionizzanti** **svolte contemporaneamente** a quella per conto della struttura di appartenenza (art.118, c.3, D.Lgs. 101/2020): [ ](in caso affermativo si devono fornire a serfisan@unipr.it i dati relativi alle dosi ricevute)Precedenti esposizioni lavorative (dipendente e/o autonomo):* *Dal* [ ] *al* [ ] *presso* [ ] *Classificazione* [ ]
* *Dal* [ ] *al* [ ] *presso* [ ] *Classificazione* [ ]

*Acconsento al trattamento e alla trasmissione dei dati e delle valutazioni dosimetriche che mi riguarderanno tra Esperto di Radioprotezione, Datore di Lavoro e Medico Autorizzato per i fini del D.Lgs. 101/2020:* [SI/NO] **DICHIARO** **che accederò alle strutture con Rischio di Radiazioni Ionizzanti** **DOPO aver ricevuto**:* informazione/formazione/addestramento ai sensi dell’art. 111 D.Lgs. 101/2020;
* gli opportuni DPI e il dosimetro, se prescritto;
* il giudizio di idoneità dal Medico Competente o Autorizzato (se del caso).

Mi impegno a rispettare gli “obblighi dei lavoratori” così come previsti dall’art.118 del D.Lgs.101/2020 ***Data****:* [ ] ***Firma del Lavoratore*** (olografa o digitale)*:* [ ] |
| **A CURA DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO** |
| **Direttore**: Prof. Andrea Summer Struttura: Dipartimento di Scienze Medico Veterinarie **Qualifica Lavoratore**: (es. docente/PTA/collaboratore esterno/borsista): [ ] **Data di fine attività** (se prevedibile, ad es. scadenza del contratto): ***Data****:* [ ] ***Firma del Responsabile*** (olografa o digitale)*:* [ ]**A CURA DEL RESPONSABILE DELL’ATTIVITA’ (PREPOSTO)****Responsabile**: Prof. Giacomo Gnudi **Descrizione dell’attività lavorativa** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività/strumenti utilizzati** | **Personale coinvolto/mansione** | **Numero attività strumentali** **che comportano esposizione potenziale/settimana** | **Tempo esposizione medio /settimana** |
|  Radiologia interventistica (intensificatore di brillanza) | Chirurgo |  [ ] | [ ] |
| Anestesista | [ ] | [ ] |
| TAC | Specialista TAC | [ ] | [ ] |
| Anestesista | [ ] | [ ] |
| Radiografie | Diagnostica di routine | [ ] | [ ] |
| Diagnostica di Pronto Soccorso | [ ] | [ ] |
| Anestesista | [ ] | [ ] |
| Personale Tecnico di supporto | [ ] | [ ] |
| Attività non comprese nei precedenti punti: [ ]  |

**Uso mezzi di protezione** (lasciare solo le caselle interessate)**:** [ca mm 0.5 /guanti Pb mm 0.5

schermo Pb mm 2 altri: paratiroide mm 0.5 ]

Altre info sulle modalità di lavoro: [ ]

***Data****:* [ ] ***Firma del Responsabile****:* (olografa o digitale)*:* [ ]

**I firmatari della presente si impegnano a comunicare a** **serfisan@unipr.it** **qualunque variazione dei dati sopra riportati**

**La cessazione e/o variazione di attività andranno comunicate preventivamente.**