**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*](mailto: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](mailto: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**](mailto:serfisan@unipr.it) **qualunque variazione dei dati sopra riportati**

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