

INFN - Struttura

SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE PROT. N. _____

Personale INFN (Personale di cui all'art. 3 del Regolamento Generale dell'Istituto)

Cognome e Nome _____

Barrare la casella se trattasi di dipendente

Barrare la casella se il lavoratore non svolge attività con rischio da radiazioni ionizzanti. In tal caso la compilazione della scheda è terminata

(Data)

(Firma del Responsabile delle Attività)

(Data)

(Firma del Direttore della Struttura)

QUADRO C (A cura del Responsabile delle Attività e del Direttore della Struttura)

ATTIVITA' CON RISCHIO DI RADIAZIONI IONIZZANTI (*)

Presso la struttura di appartenenza

(Sorgenti di radiazioni di cui la struttura ha nulla-osta all'impiego)

NO

SI

Prestazioni in zona controllata

Altre prestazioni con rischio da radiazioni ionizzanti

Presso altre strutture dell'INFN

(Sorgenti di radiazioni di cui dette Strutture hanno nulla-osta all'impiego)

NO

SI

SEDE	N. gg/anno	Prestazioni in zona controllata (**)	Altre prestazioni con rischio da radiazioni ionizzanti
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Attività occasionali presso Sedi che verranno indicate appena note

Presso Terzi

(Sorgenti di radiazioni di cui detti terzi hanno nulla-osta all'impiego)

NO

SI

SEDE	N. gg/anno	Prestazioni in zona controllata (**)	Altre prestazioni con rischio da radiazioni ionizzanti
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Attività occasionali presso Sedi che verranno indicate appena note

- Irradiazione esterna. Specificare eventuali parti del corpo a maggior rischio _____

- In caso di irradiazione interna, specificare radionuclidi _____

(*) Indicare le attività che il lavoratore deve svolgere (ai sensi dell'art. 80, comma 1, lettera b, del D.Lgs. 230/95)

(**) Zona controllata classificata come tale dall'esperto qualificato locale

(Data)

(Firma del Responsabile delle Attività)

(Data)

(Firma del Direttore della Struttura)

QUADRO B (A cura della Direzione della Struttura)*Posizione nei confronti della Struttura* Dipendente

Data di assunzione _____

 Incarico di Ricerca

Datore di lavoro che ha rilasciato il nulla-osta _____

 Incarico di Collaborazione Tecnica

Datore di lavoro che ha rilasciato il nulla-osta _____

 Incarico di Associazione Scientifica
Tecnologica Tecnica

Datore di lavoro che ha rilasciato il nulla-osta _____

 Borsista

Ente erogatore della borsa di studio _____

 Studente (durante internato di Laurea)

Università _____ Dipartimento _____

 Dottorando

Università _____ Dipartimento _____

 Iscritto a Corsi di perf. o a Scuole di spec.

Università _____ Dipartimento _____

 Docente Istituto istruzione secondaria superiore Ricercatore o Studioso proveniente da Ente Straniero Fondo FAI Assegno di ricerca conferito dall'INFN (Altro Indicare) _____*Destinazione lavorativa presso la Struttura*_____
Divisione/Gruppo_____
Mansioni_____
Responsabile Attività_____
(Data)_____
(Visto della Direzione)**QUADRO D** (A cura dell'Esperto Qualificato della Struttura)**CLASSIFICAZIONE DI RADIOPROTEZIONE****Personale che svolge attività soltanto presso Strutture dell'INFN**

- Categoria A
- Categoria B
- Non Esposto

Personale che svolge attività anche presso terzi

- Categoria A (Lavoratore esterno ex art. 4.2.n, D.Lgs. 230/95)
- Categoria A (Attività ex art. 65, D.Lgs. 230/95)
- Categoria B (Attività ex art. 65, D.Lgs. 230/95)
- Non Esposto

Apprendisti e Studenti (ex all. III, D.Lgs. 230/95)

- Art. 2.1 a) (Classificazione da effettuare nei riquadri precedenti)
- Art. 2.1 b)
- Art. 2.1 c)
- Art. 2.1 d)

Eventuale Classificazione comunicata dal datore di lavoro che ha rilasciato il nulla-osta (personale incaricato e associato per il quale sia stata concordata tale procedura)

(Data)_____
(Firma dell'Esperto Qualificato della Struttura)

QUADRO A (A cura del Lavoratore)

Cognome e Nome _____ Sesso M F

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale

Esposizioni relative a precedenti rapporti di lavoro (ex art. 68, comma 2, e All. XI, punto 12.3, D.Lgs 230/95)

*Ai sensi dell'art. sopracitato, **il lavoratore** è tenuto a fornire al datore di lavoro eventuali sue dosi pregresse.*

nessuna

Sedi _____

Altre attività con rischio da radiazioni ionizzanti svolte contemporaneamente a quelle per conto dell'INFN (ex art. 68 comma 2, D.Lgs 230/95)

Nessuna

Per conto di altri datori di lavoro _____

Autonome _____

Il trattamento dei dati personali riportati nella presente scheda viene effettuato per ottemperare a disposizioni di legge, con le modalità e le logiche precisate nell'informativa resa a parte dall'INFN.

(Data)

(Firma del Lavoratore)

ANNOTAZIONI (A disposizione dell'Esperto Qualificato della Struttura)

L'attività descritta nella presente scheda è stata terminata in data _____

La presente scheda è stata sostituita in data _____ con la scheda prot.n. _____