**SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE**

***Personale dipendente ed equiparato ai sensi del Titolo XI del D. Lgs. 101/2020 e s.m.i.***

|  |
| --- |
| a cura del **Lavoratore *(\*campi obbligatori)*** **Cognome e Nome\*:** *……………………………………………………***Luogo e data di nascita\*:** …………………………………….. **Sesso\*** □ M□ F **Domicilio:** ………………………………………………………………………………………………………… **Codice fiscale\*:** …………………………………………**Recapito Telefonico:** …………………………………**e-mail**…………………………………………….…… **Precedenti esposizioni lavorative** (*dipendente e/o autonomo*)**\*:**  *Dal ………… al …………… presso……………………………………………………………………………………………………..* *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 e gli scopi descritti nel D.Lgs. 101/20 e s.m.i.:* □ SÌ □ NO ***Firma del Lavoratore: ………………………………………………. Data: ………………….*** |
| a cura della **Direzione della Struttura *(\*campi obbligatori)*** **Responsabile\***:…………………………………. **Struttura\*:**…………………………………… **Recapito Telefonico:** ………………………………. **Qualifica Lavoratore\*:** ………………………………………………… **Data di assunzione** (se dipendente) …………………. **Destinazione lavorativa\*:** …………………………………………… *Si rammenta che la Struttura ha l’obbligo di soddisfare i requisiti di formazione/informazione/addestramento come da art. 111 D. Lgs. 101/20 e s.m.i., prima di esporre ad attività con rischio di esposizione da radiazioni ionizzanti* ***Firma del Direttore della Struttura: …………………………………… Data: ………………………….*** |
| a cura del **Responsabile dell’Attività (\*campi obbligatori)** **Responsabile\*:** ……………………………. **Recapito telefonico** (per eventuali necessità): …………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPIEGO APPARECCHI RX\*** | **IMPIEGO SORGENTI RADIOATTIVE\*** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RX (nome, tipo s/n) | 1)………… …………… …………… | 2)………… …………… …………… | 3)………… ……………………… |
| Fascio Blindato | □SI □NO | □SI □NO | □SI □NO |
| mA(max) |  |  |  |
| kV (max) |  |  |  |
| □Scatti/anno □Ore/anno |  |  |  |
| altro |  |  |  |
| **PROTEZIONI PRESENTI\*:*** **Schermi:** □SI □NO
* **DPI:** □SI □NO

**NOTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Radionuclide (simbolo) | Sorgente sigillata | Attività x esperimento (Bq) | Numero esperimenti /anno (stima) | Durata singolo esperimento (h) |
|  | □SI □NO |  |  |  |
|  | □SI □NO |  |  |  |
|  | □SI □NO |  |  |  |
|  | □SI □NO |  |  |  |
|  | □SI □NO |  |  |  |
| **PROTEZIONI PRESENTI\*:*** **Schermi:** □SI □NO
* **DPI:** □SI □NO

**NOTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

 |

 |

**Attività con rischio da R.I.** svolte presso terzi (laboratori, enti, Università, strutture esterne in genere) per conto della struttura di appartenenza\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***SEDE*** | ***nn. GIORNI/ANNO*** | ***Attività lavorativa con R.I.*** | ***NOTE*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Firma del Responsabile………………………………… Data: ……………….***

**Parte a cura esclusiva dell’Esperto di Radioprotezione (ERP) Classificazione del Lavoratore** *sulla base delle dichiarazioni presenti in questa scheda*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potenziali vie di esposizione** | **Lavoratore Classificato** | **Dosimetro fornito** |
| ESTERNA globale | *□* | Categoria A | *□* | *A badge* | *□* |
| ESTERNA solo parziale (estremità) | *□* | Categoria B | *□* | *A bracciale* | *□* |
| ESTERNA (globale + parziale) | *□* | NON ESPOSTO | *□* | *cristallino* | *□* |
| INTAKE | *□* |  |  |  |

***Annotazioni e valutazioni dosimetriche dell’Esperto di Radioprotezione***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Vincoli di Dose per attività svolte presso terzi (art. 5 del D.Lgs. 101/20 e s.m.i.)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***SEDE*** | ***VALORE VINCOLO (mSv)*** | ***NOTE*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Firma dell’Esperto di Radioprotezione: ………………………Data: ……………….***

**N.B.: In caso di variazione dei dati sopra riportati dovrà essere compilata la relativa scheda di variazione di qualifica e/o attività. La cessazione e/o variazione di attività andranno comunicate PREVENTIVAMENTE.** **Per il lavoratore classificato ESPOSTO, l’attività potrà avere inizio SOLO DOPO che il MEDICO AUTORIZZATO avrà provveduto a formulare il giudizio d’idoneità.**