Università degli Studi di Milano Bicocca

Scheda di Rischio da Radiazioni Ionizzanti

Rev. 2
del 24.09.2026

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 Cell. … ……

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 DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'ATTIVITÀ DA SVOLGERE

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Sez. 7 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. 8 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
……	……

Università degli Studi di Milano Bicocca

Scheda di Classificazione

(Compilazione riservata all'Esperto di Radioprotezione)

Si classifica …….. quale

☐ *Esposto cat. A* ☐ *Esposto cat. B* ☐ *Non Esposto*

Per ☐ Esposizione esterna ☐ Globale ☐ Parziale ☐ Esposizione interna

SORVEGLIANZA DOSIMETRICA

Si richiede la consegna del dosimetro personale ☐ *NO* ☐ *SI*

Se si
☐ Dosimetria globale per corpo intero in numero di ……..
☐ Dosimetria parziale per estremità
☐ Dosimetro corpo intero per neutroni veloci
☐ Dosimetro corpo intero per neutroni termici

Si richiede il monitoraggio degli escreti ☐ *NO* ☐ *SI*
Se si
☐ Radioisotopo …….. In ☐ feci ☐ urine ☐ sangue ☐ altro ……..
☐ Radioisotopo …….. In ☐ feci ☐ urine ☐ sangue ☐ altro ……..
☐ Radioisotopo …….. In ☐ feci ☐ urine ☐ sangue ☐ altro ……..

Per i **lavoratori esposti** indicare il vincolo di dose proposto. Per i lavoratori che svolgono attività anche presso zone classificate da terzi, **il vincolo di dose va definito di concerto con gli esercenti.** *L'indicazione può essere omessa se il vincolo di dose è definito in altra documentazione.*

SEDE	Vincolo di dose annuale	NOTE

Data classificazione L'Esperto di Radioprotezione

…… ……