

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 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. 7 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

DA COMPILARE A CURA DELL'ESPERTO DI RADIOPROTEZIONE

Si classifica il/la sig..... quale

Esposto cat. A *Esposto cat. B* *Non classificato 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

L'Esperto di Radioprotezione

.....

Da compilarsi a cura del Medico Autorizzato

Il lavoratore è stato visitato in data _____ ed è stato dichiarato _____
Eventuali prescrizioni _____

Data _____

Firma _____