



## Università degli Studi di Milano Bicocca

### Scheda di Rischio da Radiazioni Ionizzanti

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

Residente in ..... Prov.....

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 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**

Indicare il tempo di permanenza media settimanale nelle zone classificate in presenza di rischio da RI

Zona Controllata per ..... Ore/settimana nei locali.....;.....;.....

Zona Sorvegliata per ..... Ore/settimana nei 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).

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 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. Per i lavoratori che svolgono attività anche presso zone controllate e/o sorvegliate 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

-----

.....