

La presente scheda deve essere compilata, in ogni sua parte dal Lavoratore e dal Responsabile del Reparto o Struttura per quanto di competenza, ai fini della classificazione del lavoratore per la tutela dei rischi derivanti dall'esposizione a radiazioni ionizzanti (D.Lgs. 101/2020), prima dell'inizio affettivo dell'esposizione.

A) – A cura del Lavoratore

Codice Fiscale:

Cognome e Nome _____ Sesso M F

Luogo e data di nascita _____ Mail _____

L'intestatario dichiara: Di svolgere attività con esposizioni a radiazioni ionizzanti presso altri Datori di Lavoro o in proprio.
(In caso affermativo deve essere compilato il Quadro D dell'Allegato 1)

Di aver svolto in precedenza attività con esposizioni a radiazioni ionizzanti
(In caso affermativo deve essere compilato il Quadro E dell'Allegato 1)

Lo stesso si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali modifiche a quanto sopra indicato e a dotarsi, dopo aver sostenuto la visita con il Medico Autorizzato e prima di intraprendere l'attività lavorativa, dei mezzi di sorveglianza dosimetrica prescritti.

Data e Firma del Lavoratore

B) – A cura del Responsabile del Reparto o Struttura

Data presunta inizio esposizione: _____ Si ricorda che il lavoratore non potrà essere esposto a radiazioni ionizzanti fintanto che non sia rilasciato il giudizio di idoneità da parte del Medico Autorizzato

Il sottoscritto dichiara che il Lavoratore afferirà alle seguenti categorie così come definite dallo Schema di Classificazione del Personale Radioesposto con conseguente esposizione a radiazioni ionizzanti (indicare con una X):

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	PNEUMOLOGIA
<input type="checkbox"/> 1.a.1 Medico	<input type="checkbox"/> 2.a.1 Medico	<input type="checkbox"/> 2.e.1 Medici
<input type="checkbox"/> 1.a.2 TSRM dedicato al reparto	<input type="checkbox"/> 2.a.2 TSRM	<input type="checkbox"/> 2.e.2 Infermiere
<input type="checkbox"/> 1.a.3 Infermiere dedicato al reparto	RADIOTERAPIA	ANESTESIA
CHIRURGIA VASCOLARE	<input type="checkbox"/> 2.b.1 Medico	<input type="checkbox"/> 2.f.1 Medico
<input type="checkbox"/> 1.b.1 Medico	<input type="checkbox"/> 2.b.2 Fisico	TSRM
<input type="checkbox"/> 1.b.2 Infermiere dedicato al reparto	<input type="checkbox"/> 2.b.3 TSRM	<input type="checkbox"/> 2.g.1 TSRM *
	ORTOPEDIA	INFERMIERI
	<input type="checkbox"/> 2.c.1 Medico	<input type="checkbox"/> 2.h.1 Infermieri *
	UROLOGIA	STUDENTI
<i>*presenti in sala durante l'erogazione dei raggi</i>	<input type="checkbox"/> 2.d.1 Medico	<input type="checkbox"/> 2.i.1 Studenti Universitari *

Lo stesso si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali modifiche in merito all'effettiva esposizione del Lavoratore sia in caso di variazioni del carico di lavoro, che di cambio delle mansioni/reparto/struttura di afferenza all'Esperto di Radioprotezione.

Data e Firma del Responsabile del Reparto o Struttura

C) – A Cura dell'Esperto di Radioprotezione

Alla luce di quanto sopra, in base allo Schema di Classificazione approvato dalla Commissione Rischio Radiologico, il lavoratore è classificato in:

Categoria A Categoria B Non Esposto

Altresì, sono assegnati i seguenti presidi dosimetrici con periodicità:

Corpo Intero Mensile
 Corpo Intero + Bracciale Trimestrale
 Corpo Intero + Bracciale + Cristallino Altro (specificare):
 Altro (specificare):

Data e Firma dell'Esperto di Radioprotezione

La presente scheda deve essere compilata, in ogni sua parte dal Lavoratore, solo per coloro che hanno dichiarato nella Scheda di Radioprotezione di svolgere o aver svolto precedentemente attività comportanti esposizioni a radiazioni ionizzanti presso terze strutture.

D) – Attività contemporanee presso terzi (a cura del Lavoratore)

L'intestatario della presente scheda dichiara di svolgere attività comportante esposizione a radiazioni ionizzanti presso altri datori di lavoro o in proprio, oltre a quanto indicato nel riquadro B. A tal riguardo il sottoscritto dichiara:

- 1) di disporre di Libretto Personale di Radioprotezione No Si - in caso affermativo lo stesso verrà fornito insieme alla presente scheda

- 2) di operare presso le seguenti strutture:

Nome struttura	Classificazione (Categoria A, Categoria B, Non Esposto)	Modalità attività (continuo, saltuario, part-time)	Anno inizio attività (da – a)

Lo stesso si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali modifiche qualora dovesse intraprendere ulteriori attività comportanti esposizione a radiazioni ionizzanti presso altri datori di lavoro o in proprio, nonché a comunicare all'Esperto di Radioprotezione le dosi che gli verranno comunicate presso le suddette strutture con periodicità almeno semestrale.

Data e Firma del Lavoratore

E) – Precedenti esposizioni lavorative (a cura del Lavoratore)

L'intestatario della presente scheda dichiara di aver svolto in precedenza attività con esposizione alle radiazioni ionizzanti presso le seguenti strutture:

Nome struttura	Classificazione (Categoria A, Categoria B, Non Esposto)	Anno di attività (da – a)

Data e Firma del Lavoratore