

INFN - Struttura 	PROT. N.
--	---

**ATTIVITÀ OCCASIONALI CON RISCHIO DI ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI
AGGIUNTIVE OLTRE A QUANTO INDICATO NELLA SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE**

PROT. N.

COGNOME E NOME

Presso altre Strutture dell'INFN o presso altre Sedi <i>(Sorgenti di radiazioni detenute terzi)</i>			
SEDE	Indicare il periodo o il N. gg/anno	Attività in zona controllata e/o sorvegliata	Altre attività con rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

..... (Data) (Firma del Responsabile delle Attività)	 (Data) (Firma del Direttore della Struttura)
--	--

Per i lavoratori esposti che svolgono attività presso **zone controllate e/o sorvegliate**, indicare il vincolo di dose definito di concerto con gli esercenti.

SEDE	vincolo di dose annuale	NOTE

..... (Data) (Firma del Direttore della Struttura)	 (Data) (Firma dell'Esperto di Radioprotezione della Struttura)
--	--

A cura dell'Esperto di Radioprotezione della Struttura:

☐ Si conferma la classificazione del lavoratore formulata nella scheda sopra riportata
☐ La classificazione di radioprotezione viene mutata in

.....
 (Data) (Firma dell'Esperto di Radioprotezione della Struttura)

A cura del Medico Autorizzato della Struttura se il lavoratore è classificato esposto:

☐ Si conferma il giudizio di idoneità del lavoratore
☐ Si invia nuovo giudizio di idoneità

La conferma dell'idoneità del lavoratore può essere trasmessa anche con altre modalità, secondo gli accordi intrapresi con il Medico Autorizzato

.....
 (Data) (Firma del Medico Autorizzato della Struttura)