

FAC-SIMILE DA STAMPARE SU CARTA INTESTATA

**Al Direttore dei Laboratori Nazionali di Legnaro dell'INFN
viale dell'Università, 2 - 35020 Legnaro (PD)**

Si prega di autorizzare il/la _____ a frequentare i Laboratori
Nazionali di Legnaro per il periodo dal _____ al _____ presso
Divisione/Servizio/Gruppo-esperimento: _____

Ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D. Lgs. 81/08 e s.m.i.), **si dichiara** che il lavoratore è idoneo a svolgere l'attività per la quale si richiede l'accesso ai LNL e che ha ricevuto la necessaria informazione e formazione, ed è munito di tutti i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) richiesti per l'attività che andrà a svolgere.

Autorizzato a svolgere, presso i Laboratori Nazionali di Legnaro, attività con rischio da radiazioni ionizzanti:

[SI]

[NO]

Se la risposta è SI, allegare quanto richiesto nel documento "Normativa per l'autorizzazione all'accesso ai LNL per l'anno 2023"

Si precisa che l'interessato/a, nella sua qualità di _____ (1)
è coperto/a da assicurazione INAIL contro gli infortuni, ai sensi del DPR 30/6/65 n. 1124 "Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" (2). Detta assicurazione è valida anche durante il periodo di frequenza dell'interessato presso questi Laboratori.

In caso di necessità e per ulteriori informazioni, rivolgersi a:
telefono n. _____ e-mail: _____
presso: _____

TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE

(1) Associato INFN in qualità di (specificare) | Laureando dell'Università | Dipendente altro Ente | Dottorando/Specializzando dell'Università/Ente | Dipendente Università | Altra posizione (specificare).

(2) Se diversa da INAIL, l'assicurazione deve comunque coprire gli infortuni sul lavoro e, in caso di attività in zona controllata, anche i rischi da radiazioni e le malattie professionali.