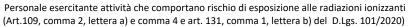


Università degli Studi di Napoli Federico II

SeRa – Servizio di Radioprotezione - CeSMA

Scheda informativa di radioprotezione ai fini della classificazione





| Centro Servizi Metroline o constitution of the |
|--|
| Will es |
| |

| VOIVIL | E | | | | | | | | COGN | IOME | | | | | | | GENERE |
|----------------------------------|-------------|---------|--------------------|----------|------------|---------------|-------|-------|----------------|--------|------|--------|----------------|--------|---------|------|-----------|
| NATO IL/ | | | _//COMUNEPROVINCIA | | | | | | | | | | | | | TEL | |
| CELL EMAIL | | | | | L | | | | | | | | | | | | |
| C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ~~~ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | |)I AFFE | RENZA | | | | | | | | | | | | | | |
| | IONE DIP | | | | | | | | SPECIALIZZANDO | | | | | | | | |
| | LAU | | 00 | | | | | | | | | | ASSEG DOTT(| | | | |
| | CON | | ISTA | | | | | | | | | | ASSOC | IATO A | ALLA RI | | |
| | | | | | | | | | | | | AL | TRO | | | | |
| | | | | C | QUADR |) B – | Attiv | ità a | risch | io pre | esso | la str | uttur | a Fed | lerico | П | |
| ABO | RATORI | 01 | | | | | | | | | S | TANZA | ۱ n° | | | TEL_ | |
| DESCE | DIZIONE | DELL'A | TTIVIT | λ | | | | | | | | | | | | | |
| JEJCI | (IZIOIVE | | | ` | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | ORE/SETT. |
| RESPO | ONSABIL | E SCIE | NTIFICC | DELL'A | ATTIVITÀ . | | | | | | | | | F | IRMA . | | |
| LABORATORIO 2 | | | | | | STANZA n° TEL | | | | | | TFI | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RIZIONE | DELL'A | TTIVIT | À | | | | | | | | | | | | | |
| DESCF | | | | | | | | | | | | | | | | | ORE/SETT. |
| DESCF | | E CCIE | NTIFICO |) DELL'A | ATIVITÀ | | | | | | | | | F | IRMA | | |
| | ONSABII | E SCIE | | , | | | | | | | | | | | | | |
| RESPC | | | | | | | | | | | s | TANZA | \ n° | | | TEL_ | |
| RESPC | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPO | RATORI | оз | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPO | RATORI | оз | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPO | RATORI | оз | | | | | | | | | | | | | | | ORE/SETT. |
| RESPO L ABO I DESCF | RATORI | O 3 | .TTIVIT <i>i</i> | À | | | | | | | | | | | | | |

QUADRO C - AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE ATTIVITÀ CON RISCHIO DARADIAZIONI IONIZZANTI

(A CURA DEL PROPRIO DATORE DI LAVORO, DA NON COMPILARE PER I LAVORATORI AUTONOMI)

| IL LAVORATORE È AUTORIZZATO A SVOLGERE ATTIVITÀ PROPRIE DEI LAVORATORI ESPOSTI A RISCHIO DI RADIAZIONI IONIZZAN TI PRESSO LE STRUTTURE DELL'UNIVERSITÀ FEDERICO II DI NAPOLI. GLI ADEMPIMENTI POSTI DALL' ART. 112 DEL D.LGS 101/2020 SONO A CARICO DEL DATORE DI LAVORO. GLI ADEMPIMENTI POSTI DALL' ART. 113 DEL D.LGS 101/2020 SONO A CARICO DELL'UNIVERSITÀ. L'ATTIVITÀ È SUBORDINATA ALLA PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ FISICA RILASCIATO DAL MEDICO AUTORIZZATO NOMINATO DAL DATORE DI LAVORO. IL CERTIFICATO ANDRÀ RINNOVATO PERIODICAMENTE FINO ALLA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ. IL DIRETTORE | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| NOME | TIMBRO E FIRMA | | | | | | | |
| DATA DI COMPILAZIONE DELLA PRESENTE SCHEDA FIRMA DEL LAVORATORE | _// | | | | | | | |
| PER APPROVAZIONE IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA (FEI | DERICO II) | | | | | | | |
| NOME | TIMBRO E FIRMA | | | | | | | |
| QUADRO D – Classificazione | e a cura dell'esperto qualificato | | | | | | | |
| PER L'ATTIVITÀ SVOLTÀ PRESSO L'UNIVERSITÀ FEDERICO II | DOSIMETRIA | | | | | | | |
| | DATA CERTIFICATO MEDICO | | | | | | | |
| DATA | FIRMA DELL'ESPERTO QUALIFICATO | | | | | | | |
| / | | | | | | | | |
| QUADRO E – note o | lell'esperto qualificato | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |