



**ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI (R.I.) PRESSO ENTI ESTERNI  
- COMUNICAZIONE AL DATORE DI LAVORO AI FINI DELLA CLASSIFICAZIONE -**

**1. DATI DEL LAVORATORE:**

Cognome  Nome

Personale TA     Docente     Ricercatore     Collaboratore  
 Dottorando     Tesista     Tirocinante     Altro

Struttura di appartenenza (Dipartimento, Facoltà, Direzione ecc.):

Responsabile UNITN dell'attività:

Per personale non dipendente Unitn:

Data di nascita  Codice Fiscale

Telefono:  e-mail

**2 DATI DELL'ENTE PRESSO CUI VERRA' SVOLTA L'ATTIVITÀ:**

Ente:

Sede di lavoro:

**3. ATTIVITA' SVOLTA PRESSO L'ENTE ESTERNO:**

Descrizione sintetica dell'attività: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1) Data inizio  Data termine

Nel caso si preveda lo svolgimento della STESSA attività presso lo STESSO Ente in periodi successivi o sia già stata svolta in periodi precedenti nello stesso anno solare:

2) Data inizio  Data termine

3) Data inizio  Data termine

4) Data inizio  Data termine

**Esposizione prevista:**

- Accesso a zona sorvegliata
- Accesso a zona controllata
- Manipolazione di materiale radioattivo

1) Tipo: <input type="text"/>	Attività: <input type="text"/> [Bq]
2) Tipo: <input type="text"/>	Attività: <input type="text"/> [Bq]
3) Tipo: <input type="text"/>	Attività: <input type="text"/> [Bq]
4) Tipo: <input type="text"/>	Attività: <input type="text"/> [Bq]



o Utilizzo apparecchiatura radiogena

1) Tipo<sup>1</sup>:

2) Tipo:

3) Tipo:

4) Tipo:

**Carico di lavoro previsto:**

Tempo di lavoro previsto presso l'apparecchiatura/sostanza:1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[ore / minuti]
			[giorno / settimana]
2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[ore / minuti]
			[giorno / settimana]
3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[ore / minuti]
			[giorno / settimana]
4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[ore / minuti]
			[giorno / settimana]
Tempo di permanenza previsto in zona controllata:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[ore / minuti]
			[giorno / settimana]
Tempo di permanenza previsto in zona sorvegliata:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[ore / minuti]
			[giorno / settimana]

**Distanza operativa dall'apparecchiatura/sostanza:**

Mani-sostanza (o apparecchiatura):

Corpo-sostanza (o apparecchiatura):

1)	<input type="text"/>	[m]	<input type="text"/>	[m]
2)	<input type="text"/>	[m]	<input type="text"/>	[m]
3)	<input type="text"/>	[m]	<input type="text"/>	[m]
4)	<input type="text"/>	[m]	<input type="text"/>	[m]

**Altre esposizioni R.I.**

I

Si prevede di svolgere altre attività con esposizione a radiazioni ionizzanti presso ALTRI ENTI ESTERNI o SI o NO nell'anno solare?

Data di compilazione:

Il lavoratore (firma):

Il responsabile dell'attività (firma):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003 ("Codice della privacy")**

I dati richiesti sono raccolti in esecuzione di un obbligo di valutazione del rischio a cui Lei, in quanto lavoratore dell'Università, è potenzialmente esposto. Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti cartacei, informatici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati nonché la piena osservanza della legge. La presente informativa è resa esclusivamente per i dati raccolti direttamente presso di Lei attraverso il presente questionario. A norma dell'art. 7 del Codice della privacy, Lei ha diritto di avere conferma dell'esistenza o meno di Suoi dati presso lo scrivente Servizio Prevenzione e Protezione dell'Università degli Studi di Trento, di ottenere aggiornamento, rettifica o integrazione dei dati o loro blocco/cancellazione per violazione di legge o cessata necessità di conservazione, come pure di opporsi al trattamento per motivi legittimi. Titolare del trattamento è l'Università degli Studi di Trento - via Belenzani, 12 - Trento; il responsabile designato è il Direttore Generale, a cui Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsto dall'articolo 7 del decreto citato.

<sup>1</sup>) es.: acceleratore ( tipo ed energia in MeV); apparecchio radiologico convenzionale (scopia - grafia - kV), diffrattometro ecc.



**INFORMAZIONI A CURA DELL'ENTE OSPITANTE:**  
*INFORMATION EDITED BY THE HOSTING INSTITUTE:*

Stima della dose assorbita presso l'Ente ospitante:  [mSv]  mensile  settimanale  
*Absorbed dose, estimation by hosting Institute: monthly weekly*

Classificazione da parte dell'Ente:  cat. A  cat. B  Non Esposto  
*Classification by the Institute: Not Exposed*

L'Ente ospitante fornirà:  
*The hosting Institute will supply:*

- Formazione sul rischio R.I.  
*Training on Ionizing Radiation risk*
- Informazioni sulle procedure operative, anche di emergenza  
*Information on operative procedures, also emergency procedures*
- Dispositivi di protezione individuale e formazione sul loro utilizzo  
*Individual Protection Devices and use information*
- Sorveglianza dosimetrica:  
*Dosimetric Surveillance*

Tipologia dosimetri:  
*Dosimeter:*

**NB:** I risultati della sorveglianza dosimetrica dovranno essere inviati a:  
**Take Notice:** *The dosimetric surveillance results must be send to:*

**Università degli Studi di Trento – Servizio Prevenzione e Protezione – Via Belenzani 12 – 38100 Trento (Italia)**

E' richiesto un giudizio di idoneità (certificato medico) per attività con R.I. per consentire l'accesso al laboratorio?  SI  NO  
*Does the Institute request a medical certificate for I.R. activity to agree the entry to the laboratory? YES NO*

Data:   
*Date:*

Per l'Ente esterno (firma)  
*For the hosting Institute (signature) :* \_\_\_\_\_