



**RI-9.4-PO-RP** - Procedura Operativa - Gestione personale

esterno

ALLEGATO 4 - Scheda di radioprotezione lavoratore autonomo

Prima destinazione lavorativa

Modifica destinazione lavorativa

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

### A) – Dati del Lavoratore Autonomo

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Data e Firma del Lavoratore Autonomo

### B) – Attività presso terzi svolta dal Lavoratore Autonomo

L'intestatario della presente scheda dichiara di svolgere attività comportante esposizione a radiazioni ionizzanti presso i seguenti Datori di Lavoro o in proprio. 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 (Es: ASL XXX, ecc.)	Ruolo (Es: Dirigente Medico, TSRM, ecc.)	Attività svolta (Es: Emodinamica, Vascolare, ecc.)	Data inizio attività

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 Autonomo

### C) – A Cura dell'Esperto di Radioprotezione

Alla luce di quanto sopra il Lavoratore Autonomo 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

