



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 1 – COMUNICAZIONE INIZIO/RIPRESA/TRASFERIMENTO LAVORATORI ESPOSTI ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

Prot.:

Data:

All' Esperto Qualificato

Al Medico Autorizzato

Al Referente della Dosimetria

Oggetto: inizio/ripresa attività con esposizione alle radiazioni ionizzanti

Vista:

- la descrizione dell'attività svolta fornita dal Medico Responsabile;
- la classificazione indicata dall'Esperto Qualificato;
- l'idoneità medica accertata dal Medico Autorizzato;
- la fornitura dei mezzi dosimetrici e dei dispositivi di protezione individuali prescritti;

si comunica che _____ in servizio presso il reparto di _____ (specificare se più presidi)

inizia/riprende (specificare) _____ l'attività con esposizione alle radiazioni ionizzanti:

COGNOME E NOME	
QUALIFICA	
REPARTO	
DATA INIZIO/RIPRESA ATTIVITA'	
TIPO DI DOSIMETRO ASSEGNATO	NUMERO
<input type="radio"/> FILM BADGE	
<input type="radio"/> ANELLO	
<input type="radio"/> CRISTALLINO	
<input type="radio"/> BRACCIALE	

è stato/a trasferito/a di reparto con mansione che comporta il rischio da radiazioni ionizzanti

- COGNOME E NOME	-
- QUALIFICA	-
- REPARTO DI PROVENIENZA	-
- DATA TRASFERIMENTO	-
- REPARTO DI ASSEGNAZIONE	-

Data,

Il Datore di Lavoro (o suo delegato)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 2 – DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE CHE HA NON RESTITUITO O RESTITUITO IN RITARDO IL DOSIMETRO

Prot.

Data

All' Esperto Qualificato

Alla Direzione Sanitaria

Oggetto: dosimetro non restituito al servizio/ dosimetro restituito in ritardo

DOSIMETRO NON RESTITUITO

Il sottoscritto _____ dipendente dell'Area Vasta 4 nel reparto di _____ con la qualifica di _____ comunica di non aver riconsegnato il dosimetro in dotazione (specificare tipologia) _____ relativo al periodo _____ per i seguenti motivi:

Dichiara inoltre che, dall'inizio del trimestre ad oggi, ha svolto la seguente attività lavorativa:

- abituale e di poter associare tempi e modalità di esposizione della "media del personale" che svolge la medesima funzione;
- non abituale. In questo caso dettagliare con una Relazione da allegare alla presente.

Dosimetro occasionale assegnato: _____

DOSIMETRO RESTITUITO IN RITARDO:

Da compilare a cura del lavoratore

Il sottoscritto _____ dipendente dal dell'Area Vasta 4 nel reparto di _____ con la qualifica di _____ comunica di aver riconsegnato il dosimetro in dotazione (specificare tipologia) _____ relativo al periodo _____ in data odierna per i seguenti motivi:

Data

Firma (del lavoratore)

Da compilare a cura del Referente della Radioprotezione

Si comunica che in data odierna il dosimetro restituito in ritardo dal lavoratore _____ è stato inviato al Servizio di Dosimetria per una lettura urgente.

Data,

Firma (Il referente della Dosimetria)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 3 – MODULO CONFERMA INVIO DOSIMETRI AL SERVIZIO DOSIMETRICO

Prot.

Data

All' Esperto Qualificato

e.p.c. Alla Direzione Sanitaria

SCHEDA DI GESTIONE DEI DOSIMETRI

Si comunica che in data odierna sono stati inviati al Servizio di Dosimetria i dosimetri relativi al (specificare periodo) _____ del reparto di _____ per la lettura del dato dosimetrico corrispondente.

Si comunicano inoltre le seguenti informazioni:

Dosimetri non restituiti

Nominativo	Qualifica	Reparto	Riferimenti della dichiarazione del lavoratore

Dosimetri non utilizzati

Nominativo	Qualifica	Reparto	Motivazione

Data,

Firma



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 4 – MODULO SUPERAMENTO LIVELLI D'ATTENZIONE

Prot.

Data

al Lavoratore

E p.c. al Datore di Lavoro

Scheda di superamento del livello di attenzione*

Presidio:

Reparto:

Nominativo:

Qualifica:

Classificazione:

Tipo di Dosimetro:

- Corpo intero
- Estremità
- Cristallino

Periodo:

Dati di lettura:

E' pertanto necessario un Suo chiarimento che illustri le modalità operative che hanno prodotto tale esposizione, al fine prevenire il ripetersi di tali eventi che potrebbero portare al temporaneo allontanamento dell'operatore dalla attività con radiazioni ionizzanti.

Il Lavoratore

L'Esperto Qualificato

* Livello di attenzione Esperto Qualificato :

Cat. A: dose al corpo intero 1 mSv/periodo¹; dose all'estremità 30 mSv/periodo; dose al cristallino 10 mSv/periodo;

Cat. B: dose al corpo intero 0.4 mSv/periodo; dose all'estremità 10 mSv/periodo; dose al cristallino 1.5 mSv/periodo.

1 periodo = tre mesi



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 5 – MODULO DI SOSPENSIONE O FINE ATTIVITÀ PER LAVORATORI ESPOSTI ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

Prot.

Data

All' Esperto Qualificato

Al Medico Autorizzato

Al Referente della Dosimetria

Oggetto: sospensione/ fine attività con esposizione

Si comunica che _____ in servizio presso il reparto di _____
sospende/cessa (specificare) _____
l'attività con esposizione alle radiazioni ionizzanti per _____ (motivazione)
_____ :

COGNOME E NOME	
QUALIFICA	
REPARTO	
DATA SOSPENSIONE/ CESSAZIONE ATTIVITA'	

Data,

Il Datore di Lavoro (o suo delegato)
