



**Università degli Studi di Cagliari**  
Servizio di Fisica Sanitaria e Radioprotezione

Modello per la richiesta di **classificazione** di studenti o personale che presta attività con rischio di esposizione alle radiazioni ionizzanti presso l'Università di Cagliari e/o presso terzi

Identificazione: SFSRP MD 01/01-02

Revisione: 4

Data: 03/11/2021

Pagina 1 di 2

Richiesta di classificazione di Nuovo Personale

Richiesta di ri-classificazione per modifica dell'attività lavorativa

**Anagrafica del lavoratore o equiparato (studente o specializzando)**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Comune di Nascita: \_\_\_\_\_ ( ) Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Sesso: M F  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Gruppo omogeneo: STUDENTI con tirocinio in zone a rischio radiazioni ionizzanti**

**CORSO DI LAUREA:**

Anno di iscrizione:  1<sup>^</sup> anno  2<sup>^</sup> anno  3<sup>^</sup> anno  4<sup>^</sup> anno  5<sup>^</sup> anno  Fuori Corso

Attività a rischio radiazioni ionizzanti:

Fonte di rischio:  sorgenti radioattive non sigillate;  sorgenti radioattive sigillate;  tubi a raggi X;

**Gruppo omogeneo: SPECIALIZZANDI con tirocinio in zone a rischio radiazioni ionizzanti**

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE:**

Anno di iscrizione:  1<sup>^</sup> anno  2<sup>^</sup> anno  3<sup>^</sup> anno  4<sup>^</sup> anno  5<sup>^</sup> anno

Attività a rischio radiazioni ionizzanti:

Fonte di rischio:  sorgenti radioattive non sigillate;  sorgenti radioattive sigillate;  tubi a raggi X;

**Altri casi**

**Struttura di afferenza:**

**Qualifica:**

Attività a rischio radiazioni ionizzanti:

Fonte di rischio:  sorgenti radioattive non sigillate;  sorgenti radioattive sigillate;  tubi a raggi X;



**Università degli Studi di Cagliari**  
 Servizio di Fisica Sanitaria e Radioprotezione

Modello per la richiesta di **classificazione** di studenti o personale che presta attività con rischio di esposizione alle radiazioni ionizzanti presso l'Università di Cagliari e/o presso terzi

Identificazione: SFSRP MD 01/01-02

Revisione: 4

Data: 03/11/2021

Pagina 2 di 2

**Altre esposizioni alle radiazioni ionizzanti**

|                                      | Datore di lavoro | Data inizio | Data fine | Classificazione | Dosimetria |
|--------------------------------------|------------------|-------------|-----------|-----------------|------------|
| Esposizioni lavorative precedenti    |                  |             |           |                 |            |
|                                      |                  |             |           |                 |            |
|                                      |                  |             |           |                 |            |
| Esposizioni lavorative contemporanee |                  |             |           |                 |            |
|                                      |                  |             |           |                 |            |
|                                      |                  |             |           |                 |            |

**Firma del Lavoratore** \_\_\_\_\_

**Privacy**

In base alla normativa sulla privacy si autorizza il trattamento dei propri dati personali e dosimetrici comprese le comunicazioni previste dal D.Lgv. 101/20.

Firma del  
lavoratore

**PARTE DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE DELLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO**

*Elenco delle strutture in cui si prevede di svolgere il tirocinio o l'attività lavorativa:*

| <i>Nome azienda</i> | <i>Reparto/Laboratorio</i> | <i>Città</i> | <i>Contatti</i> |
|---------------------|----------------------------|--------------|-----------------|
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |
|                     |                            |              |                 |

**Firma del Responsabile delle attività di tirocinio**

Data:

Nome

Cognome

Qualifica

Firma \_\_\_\_\_