

ATTIVITÀ CON RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI PRESSO I LNS

(per personale afferente all'INFN)

COGNOME NOME:

emaildipendente/associato/borsista/assegnista della

Sezione/Laboratorio INFN di

In relazione alla richiesta di accesso ai LNS per il seguente periodo:

dal al

In accordo a quanto specificato nel documento [LNS/RADIOP/EWA](#), lo scrivente direttore **autorizza il lavoratore ad accedere nelle zone classificate con rischio da radiazioni ionizzanti e svolgere le seguenti attività:**

.....
.....

Dichiara che i dati riportati sulla scheda di radioprotezione Prot. n°.
del..... di questa Sezione/Laboratorio INFN sono a tutt'oggi invariati e, in caso di
lavoratore esposto, che l'idoneità medica di radioprotezione è valida fino
al..... (1)

Si dichiara che il lavoratore è in regola con la formazione preventiva e periodica sui rischi
professionali (comprese le radiazioni ionizzanti) connessa alle sue attività ai LNS.

Data,

Firma del Direttore INFN

(1) l'idoneità medica non può essere superiore ad un anno per i lavoratori in cat. B e sei mesi per quelli in cat.A.

A cura del lavoratore:

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle [NORME INTERNE DI RADIOPROTEZIONE](#) pubblicate sul sito web dei LNS e si impegna al rispetto delle stesse e delle eventuali ulteriori disposizioni specifiche relative all'esperimento o alla sua attività, che gli saranno comunicate dal servizio di radioprotezione dei LNS. Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualunque variazione dei dati qui riportati successiva al rilascio dell'autorizzazione all'accesso, compresa l'idoneità medica, presentando la relativa documentazione aggiornata.

Firma del lavoratore

Firma dell'E.d.R. dei LNS per conferma della classificazione