

Al Direttore dei  
Laboratori Nazionali del Sud  
Via S. Sofia, 62  
95123 CATANIA

Con riferimento all'ordine/contratto n.....del.....RUP sig./dott./ing.....  
fra i Laboratori Nazionali del Sud e la presente ditta, si prega di autorizzare i sig.(1):

Nome	Cognome	N. Polizza INAIL	N. matricola	Dipendente o altra posizione

a frequentare i LNS, nel periodo dal .....al ..... presso (se applicabile):

LNS-CT *reparto* .....,  testSite PORTO-CT,  testSite PORTOPALO di CP-SR

Lo scrivente datore di lavoro dichiara di essere consapevole che alcuni dei locali dove i lavoratori svolgeranno la loro attività sono classificati zona controllata per la presenza di rischi da radiazioni ionizzanti o per la presenza di sorgenti o materiali radioattivi che comportano nelle loro vicinanze rischi da radiazioni ionizzanti. Pertanto autorizza il lavoratore ad operare in tali locali purché questi non sia direttamente esposto a detti rischi e non venga a contatto con le sorgenti di radiazioni oltre i livelli che la legge italiana stabilisce per le persone del pubblico. Dichiaro inoltre che la scrivente ditta ed il lavoratore hanno preso visione delle norme interne di protezione dei LNS redatte per i lavoratori esterni (consultabili sul sito web dei LNS: [www.lns.infn.it](http://www.lns.infn.it)) e contatteranno il servizio di radioprotezione dei LNS, ogni volta che accederanno in detti locali, per ricevere le indicazioni sulla localizzazione delle sorgenti e sugli eventuali rischi presenti nelle vicinanze dei luoghi di intervento.

Si precisa che i suddetti lavoratori sono coperti da assicurazione INAIL contro gli infortuni, ai sensi del D.P.R. 30/06/65 n.1124 e s.m.i. "testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" o di altra polizza assicurativa inclusiva di infortuni sul lavoro e malattie professionali (2). Detta assicurazione è valida anche durante il periodo di frequenza dei lavoratori presso i Laboratori Nazionali del Sud.

In caso di necessità e per ulteriori informazioni, la persona di riferimento di questa ditta è:  
..... (tel. .... ) email. ....

Data .....

Timbro e Firma del Datore di Lavoro

- (1) Allegare copia dei documenti di identità del personale riportato nella tabella.
- (2) Allegare copia della polizza assicurativa NON INAIL.

Autorizzazione INFN-LNS fino al ..... firma del Direttore dei LNS .....