

## ATTIVITÀ CON RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI PRESSO I LNS

(per personale afferente all'INFN)

COGNOME ..... NOME: .....

email .....dipendente/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/2023](#), 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/Laboratori 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*