



**Università degli Studi di Milano Bicocca**  
**Scheda di Rischio da Radiazioni Ionizzanti**

La Scheda deve essere compilata unicamente da coloro che intendono svolgere attività comportanti esposizione alle radiazioni ionizzanti per conto o presso l'Università di Milano Bicocca.

**Sez. 1 DATI PERSONALI**

Cognome.....Nome.....

Nato/a a ..... Prov. .... il.....

C.F. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sesso ☐ M ☐ F

Residente in ..... Prov.....

Indirizzo..... N..... CAP.....

**Sez. 2 POSIZIONE LAVORATIVA ATTUALE**

Datore di lavoro: ☐ UNIMIB (specificare struttura/Dipartimento.....)

☐ Altro (specificare Nome, Struttura ed indirizzo.....  
.....)

Posizione lavorativa:

SE UNIMIB

☐ *Studente*: ☐ laureando ☐ Specializzando ☐ Dottorando ☐ Altro (spec.....)

☐ *Personale Universitario*: ☐ a tempo pieno ☐ part-time  
(Qualifica.....)

SE ALTRO

☐ *Dipendente*: (qualifica.....)

☐ *Autonomo*: (professione .....

**Sez. 3 PRECEDENTI ESPOSIZIONI**

Il soggetto è stato esposto alle R.I. presso altri centri anteriormente alla data di compilazione della presente scheda?

☐ NO

☐ SI

Se si specificare ente e periodo:

Ente:.....Periodo:.....

Ente:.....Periodo:.....

Ente:.....Periodo:.....

#### **Sez. 4 ALTRE ESPOSIZIONI**

Il soggetto svolge altre attività comportanti esposizione alle R.I. presso altri centri contemporaneamente all'attività presso UNIMIB?

☐ NO

☐ SI

Se si specificare ente e eventuale classificazione:

Ente:.....Categoria:.....

#### **Sez. 5 MODALITA' E TEMPI DI ESPOSIZIONE**

Indicare il tempo di permanenza media settimanale nelle zone classificate in presenza di rischio da RI

☐ Zona Controllata per ..... Ore/settimana nei locali.....;.....;.....

☐ Zona Sorvegliata per ..... Ore/settimana nei locali.....;.....;.....

Indicare il numero di esperimenti per settimana comportanti la manipolazione di campioni irraggiati: .....

Provvede al prelievo del campione direttamente in sala bunker? ☐ NO ☐ SI (spec. Num/sett.....)

Indicare il numero di ore di manipolazione di sorgenti di taratura: .....

#### **Sez. 6 PER DIPENDENTI DI TERZI**

Il soggetto è autorizzato allo svolgimento di attività comportanti esposizione alle RI?

☐ NO ☐ SI

Se si, specificare

☐ Esposto cat. A ☐ Esposto cat. B ☐ Non esposto ☐ Lavoratore esterno

Lo scrivente si impegna ad assicurare gli adempimenti posti a proprio carico dal D. Lgs. 101/20. Si prega di presentare l'attestato di avvenuta formazione (art. 111).

L'Interessato

Il responsabile dell'attività

-----

-----

## DA COMPILARE A CURA DELL'ESPERTO DI RADIOPROTEZIONE

Si classifica il sig..... quale

☐ *Esposto cat. A*      ☐ *Esposto cat. B*      ☐ *Non esposto*

Per ☐ Esposizione esterna    ☐ Globale    ☐ Parziale  
☐ Esposizione interna

## SORVEGLIANZA DOSIMETRICA

Si richiede la consegna del dosimetro personale    ☐ *NO*    ☐ *SI*

Se si

- ☐ Dosimetria globale per corpo intero in numero di .....
- ☐ Dosimetria parziale per estremità
- ☐ Dosimetro corpo intero per neutroni veloci
- ☐ Dosimetro corpo intero per neutroni termici

Si richiede il monitoraggio degli escreti    ☐ *NO*    ☐ *SI*

Se si

- ☐ Radioisotopo ..... In ☐ feci    ☐ urine    ☐ sangue    ☐ altro.....
- ☐ Radioisotopo ..... In ☐ feci    ☐ urine    ☐ sangue    ☐ altro.....
- ☐ Radioisotopo ..... In ☐ feci    ☐ urine    ☐ sangue    ☐ altro.....

Per i **lavoratori esposti** indicare il vincolo di dose. Per i lavoratori che svolgono attività anche presso zone controllate e/o sorvegliate da terzi, **il vincolo di dose va definito di concerto con gli esercenti**. *L'indicazione può essere omessa se il vincolo di dose è definito in altra documentazione.*

SEDE	Vincolo di dose annuale	NOTE

Data

-----

L'Esperto di Radioprotezione

.....