



**SCHEDA DI DESTINAZIONE LAVORATIVA
PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI RADIOISOTOPI**

Dati Personali

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E mail _____

Posizione nei confronti dell'Università degli Studi dell'Insubria

Data Assunzione/Inizio Rapporto/Iscrizione Universitaria ____/____/____

Attualmente presso Istituto/Dipartimento/Centro _____

Dipendente Universitario a tempo pieno tempo definito

Indicare la qualifica _____

Studente Dottorando Specializzando Altro _____

Lavoratore autonomo Dipendente da Terzi _____ (*Specificare ragione sociale*)

MANSIONI SVOLTE IN PASSATO COMPORTANTI ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

Data dal ____/____/____ al ____/____/____ (1)

dal ____/____/____ al ____/____/____ (2)

dal ____/____/____ al ____/____/____ (3)

Istituto	Radioisotopi utilizzati	Dosimetria	Note
		Corpo intero <input type="checkbox"/> Anello <input type="checkbox"/>	(1)
		Corpo intero <input type="checkbox"/> Anello <input type="checkbox"/>	(2)



BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI LAVORO COMPORTANTE L'UTILIZZO DI SORGENTI RADIOATTIVE

Tecniche Utilizzate:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Sequenziamento acidi nucleici | <input type="checkbox"/> | Marcatura di culture cellulari | <input type="checkbox"/> |
| Ibridizzazione | <input type="checkbox"/> | Marcatura in vivo di culture microbiche | <input type="checkbox"/> |
| Isolamento di proteine | <input type="checkbox"/> | Radioiodinazione delle proteine | <input type="checkbox"/> |
| Studi metabolici | <input type="checkbox"/> | Radioimmunoassays | <input type="checkbox"/> |
| Marcatura di proteine | <input type="checkbox"/> | Altri (descrivere brevemente) | |

Radioisotopi utilizzati

Radioisotopo	Forma Chimica	KBq per esperimento	KBq per anno



L'interessato dichiara che tutte le informazioni fornite nel modulario compilato sono vere e corrette. Autorizza l'Ufficio Sicurezza dell'Università degli Studi dell'Insubria a reperire informazioni relative ad esposizioni alle radiazioni ionizzanti dovute a precedenti attività comportanti l'utilizzo di radioisotopi. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sui rischi specifici e sulle precauzioni da adottare nell'attività comportante l'utilizzo di radiazioni ionizzanti e si impegna a rispettare le norme interne di protezione e sicurezza, le procedure richieste e quanto indicato dalla normativa vigente in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti.

Sottoscritto dal Lavoratore _____ Data ____/____/____

Approvato dal Responsabile del Laboratorio _____ Data ____/____/____

Firma del Direttore della struttura _____ Data ____/____/____

Attenzione!

- Il documento deve essere firmato dal Lavoratore, dal Responsabile e dal Direttore di Dipartimento/Struttura.
- La documentazione, compilata in ogni sua parte e completa degli allegati necessari, va trasmessa all'Ufficio Sicurezza, esclusivamente via "interoperabilità".
- Per qualsiasi dubbio nella compilazione contattare i numeri: 0332 219353 – 9050 oppure 031 2389346



PARTE RISERVATA ALL'ESPERTO IN RADIOPROTEZIONE

In base a quanto dichiarato nel presente modulo si classifica in base al D.Lgs. 101/2020

Il/la Sig./Sig.ra _____ come

- lavoratore non esposto*
- lavoratore esposto di categoria B*
- lavoratore esposto di categoria A*

Osservazioni _____

Irradiazione Interna NO SI

Irradiazione Esterna NO SI

Globale

Parziale

Luogo Data.....

L'Esperto di Radioprotezione (timbro e firma)