**MODULO N-C**

**NOTIFICA DI CESSAZIONE**

**DELL’ATTIVITÀ DEL PERSONALE ESPOSTO A RISCHI LAVORATIVI**

All’Ufficio Sicurezza

Via Ravasi, 2 – 21100 Varese

e p.c. Al Medico Competente dell’Ateneo

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente si attesta che il personale sottoelencato, precedentemente inserito negli elenchi del personale esposto a rischi lavorativi, (avvenuta compilazione dei moduli SS-1 e/o SS-2 e/o classificazione nella categoria A/B radioprotezione, moduli cancerogeni, ecc.), cesserà di svolgere attività presso il Laboratorio di .…………………………………………………..

del Dipartimento di…………………………………….………………………………

##### Nome e Cognome Qualifica (1) Classificazione Data di cessazione

**del rischio** (2) **dell’attività** (3)

### Firma del responsabile della struttura:

(*si prega di apporre un timbro riportante le generalità del responsabile*)

**Note:**

1. Riportare la qualifica del personale: docente, non docente, studente, titolare di assegno di ricerca, specializzando, tirocinante, laureato frequentatore, dottorando, ospite (specificando l’Ente/Azienda di appartenenza).
2. Indicare la classificazione del personale: *lavoratore esposto a rischio chimico, biologico, fisico ecc.*
3. Indicare la data di effettiva cessazione dell’attività comportante esposizione al rischio, specificando se, contestualmente, si avrà cessazione del rapporto di lavoro.