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 del rischio** (2)	**Data di cessazione 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.