



**MODULO M-I  
COMUNICAZIONE DATA INIZIO ATTIVITÀ  
DEL PERSONALE ESPOSTO A RADIAZIONI IONIZZANTI**

Data \_\_\_\_\_

- **Denominazione struttura:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Sezione:** \_\_\_\_\_

- **Indirizzo:** \_\_\_\_\_

Con la presente, si comunica che il sottoelencato personale, risultato idoneo alla prevista visita medica preventiva, è stato classificato nella *Categoria* e con la decorrenza di seguito indicate:

<b>Nome e Cognome</b>	<b>Qualifica (1)</b>	<b>Classificazione dei lavoratori (2)</b>	<b>Data di inizio dell'attività (3)</b>
-----------------------	----------------------	---	---

Firma dell'esperto qualificato:

Firma del Direttore della struttura:

Firma del Lavoratore:

**Note:**

- (1) Riportare la qualifica del personale radioesposto: docente, non docente, studente, titolare di assegno di ricerca, specializzando, tirocinante, laureato frequentatore, dottorando, ospite (specificando l'Ente/Azienda di appartenenza).
- (2) *Lavoratore esposto di Categoria A, lavoratore esposto di Categoria B.*
- (3) Indicare la data di inizio effettivo dell'attività comportante esposizione a radiazioni ionizzanti.