**MODULO M-P**

**RICHIESTA VISITA MEDICA PREVENTIVA DEL D. LGS. N. 101/2020**

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Sezione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Indirizzo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente, si chiede di sottoporre a *visita medica preventiva* il sottoelencato personale*,* in quanto destinato a svolgere attività comportante esposizione a radiazioni ionizzanti:

**Nome e Cognome Qualifica** (1) **Classificazione dei lavoratori**

**in caso di idoneità’** (2)

Con successiva comunicazione, sarà segnalata, a codesto Ufficio, la data di effettivo inizio dell’attività da parte del personale su indicato.

### Firma dell’Esperto in Radioprotezione:

### Firma del Direttore della struttura:

Firma del Lavoratore:

**Note:**

1. Riportare la qualifica del personale radioesposto: docente, personale tecnico-amministrativo, 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*.