

SCHEDA DI DESTINAZIONE LAVORATIVA: GENERALITÀ

LAVORATORE _____ Sesso: M F

CODICE FISCALE

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DOMICILIO _____ Via _____ Tel. _____

I. DATI OCCUPAZIONALI

Dipendente Altro _____

Data assunzione _____ Sede di lavoro _____

Qualifica/Mansioni _____ dal _____

Descrizione attività lavorativa: (vedi allegato) _____

II. ALTRE ATTIVITÀ ESPONENTI CONTEMPORANEAMENTE AL RISCHIO DA R.I.

SI NO

Se sì, il lavoratore è tenuto a fornire all'ufficio di Radioprotezione le informazioni sulle dosi ricevute

III. PRECEDENTI ESPOSIZIONI LAVORATIVE (per lavoro dipendente e/o autonomo):

SI NO

Se sì, il lavoratore è tenuto a fornire all'ufficio di Radioprotezione le informazioni sulle dosi ricevute

Firma del Lavoratore

Firma del Primario

Data ____/____/____

Allegato destinazione lavorativa

Nome _____ Cognome _____

Informazioni supplementari relative al lavoratore

DESCRIZIONE ATTIVITA' LAVORATIVE INDAGINI RX	SI	NO	N° medio di operazioni mensili		Durata SCOPIA minuti/ intervento
			GRAFIA	SCOPIA	
1. Esegue esami radiografici al tavolo di comando in sezione RX					
2. Esegue esami radiografici con apparecchi portatili presso i reparti					
3. Partecipa a prestazioni di videofluoroscopia con diretta esposizione ai raggi X					
4. Effettua prestazioni di videofluoroscopia con diretta esposizione ai raggi X					
5. Esegue azioni di supporto all'intero delle zone controllate durante l'erogazione dei raggi X					
6. Altre:					
Indicare la distanza media dal tavolo radiologico durante l'erogazione dei raggi X, per le attività di cui ai punti 3, 4 e 5: a contatto [] a 1 mt [] a 2 mt [] a 3 mt [] a 4 mt [] oltre 4 mt [] Esigenza di lavorare sotto il fascio SI [] NO [] % minuti di scopia _____					
Il Lavoratore			Il Dirigente Medico Responsabile		