



**Studenti ERASMUS esposti a rischio da radiazioni ionizzanti e non
ionizzanti - Sorveglianza Fisica**

Definizione dell'attività svolta dagli studenti

(D. Lgs. n° 230/95 e s.m.i.. - art. 80 comma 1 b)

Corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia

I - Section to be completed by the student

Name and Surname: _____ **Birth date:** _____ **Male** - **Female**

Fiscal Code: _____

Country of birth: _____

Domicile: _____

Phone: _____

Pursuant to art. 68 of D.L.230 dated 17/03/1995 the worker is obliged to inform the employer in the following cases:

a) Previous activities with exposure to risk from ionizing radiation? SI NO if yes:

O - Delivery of copy of the dosimetric documentation in its possession in compliance with the provisions of current legislation (Annex XI to Legislative Decree 241/2000 in paragraph 12.3 which states: "to provide any subsequent Employer with information on the doses received from previous reports of work").

O - will provide the documentation containing information on the doses of the previous Employers, not available to date.

b) Current activities with exposure to risk from ionizing radiation for other employers? YES NO

If so, indicate exactly the name of the other employers, type of activity carried out and date of commencement of the relationship.

EMPLOYER

FROM-TO

KIND OF ACTIVITY

The undersigned undertakes to promptly communicate any variation in relation to letter b).

Date: _____

Signature of student _____

II - Section to be completed by the President of the Degree Course

Destinazione del tirocinio: Corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia – U.O.
di _____ **Sede di:** Modena Reggio Emilia

Mansioni: Il tirocinio osservativo e in affiancamento al personale qualificato del reparto si svolgerà per la durata
di _____ settimane presso il Servizio _____ e

si articolerà nelle modalità concordate nello specifico Learning Agreement.

Il Responsabile delle attività si impegna a comunicare tempestivamente all'Esperto Qualificato e al Medico Autorizzato/Competente ogni variazione dell'attività formativa che possa modificare l'esposizione a rischio da radiazioni ionizzanti e non dello studente in tirocinio.

Data: _____

FIRMA _____

STUDENTE:

Name and Surname:

Country and date of birth:

Male Female

III – Classificazione studente in base a rischio RX - Sezione a cura dell'Esperto Qualificato

Tipo di irradiazione: Esterna Globale Interna Parziale (organo).....

In seguito all'accertamento del rischio di esposizione interna ed esterna derivante dalla normale attività lavorativa programmata (così come dedotta dalla scheda: 'definizione delle attività svolte dai lavoratori') nonché del contributo delle esposizioni potenziali conseguenti a eventi anomali e malfunzionamenti che siano suscettibili di aumentare le dosi dei singoli derivanti da detta normale attività lavorativa programmata, il lavoratore è classificato nel modo seguente:

Classificazione: Cat.A cat.B Non esposto

Data inizio controllo dosimetrico personale:

Dosimetro: Corpo intero Estremità

NOTE:

Data

Firma dell'Esperto Qualificato

IV – Classificazione studente in base a rischio RM - Sezione a cura di un Esperto responsabile in RM

Classificazione sulla base di DM 2 Agosto 1991 e DM 3 Agosto 1993:

Operatore esposto

Operatore non esposto

NOTE:

Data

Firma del Fisico Medico con formazione di Esperto Responsabile RM

NOTE: In relazione agli obblighi posti a capo del datore di lavoro, dirigenti e preposti dall'art.61 lettera e) del D.Lgs. 230/95 e s.m.i. e dal Decreto ministeriale 2 agosto 1991 e s.m.i., si precisa che il modulo denominato "Radioprotezione e sicurezza in RM", che fa parte integrante del RAD 270003 del I anno, assolve a tali obblighi in materia di formazione.

V - Section edited by the student

The undersigned declares to receive:

Disclose information on radiation protection from ionizing radiation

information sheet on risks from magnetic fields

Information sheet on risks in the use of ultrasound scanners

the information note on how to communicate the absorbed radiation doses.

The undersigned declares to have read section II.

The undersigned declares to have attended the SicurMoRe on-line course getting the specific certificate of attendance

Date:

Signature of student: