

PRECEDENTI ESPOSIZIONI LAVORATIVE (lavoro dipendente e/o autonomo)

Equivalenti di dose accumulati, (mSv)

Periodi		Datore di lavoro	Irradiazione ESTERNA					Irradiazione INTERNA				Equivalente di dose TOTALE GLOBALE
			Parziale			Globale						
			Organo	Radiazione	Equivalente di dose	Radiazione	Equivalente di dose					
dal	al											

Nota

IRRADIAZIONI ECCEZIONALI - CONCORDATE E/O NON CONCORDATE ☐ SI ☐ NOCONTAMINAZIONE INTERNA ☐ Presente ☐ Assente (alla data di compilazione del docum.)

OSSERVAZIONI

Firma dell'esperto qualificato

DATI OCCUPAZIONALI

Periodi		Destinazione lavorativa mansioni	Tipo di irradiazione ⁽¹⁾	Classificazione	Firma E.Q.
dal	al				
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	☐ N.E. ☐ Categoria A ☐ Categoria B	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	☐ N.E. ☐ Categoria A ☐ Categoria B	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	☐ N.E. ☐ Categoria A ☐ Categoria B	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	☐ N.E. ☐ Categoria A ☐ Categoria B	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	☐ N.E. ☐ Categoria A ☐ Categoria B	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	☐ N.E. ☐ Categoria A ☐ Categoria B	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	☐ N.E. ☐ Categoria A ☐ Categoria B	

Altre attività esponenti contemporaneamente al rischio da R.I.

Periodi		Datore di lavoro o lavoro autonomo	Tipo di irradiazione ⁽¹⁾	Firma lavoratore
dal	al			
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	
			☐ Globale ☐ Esterna ☐ Parziale ☐ Interna	

(1) Indicare se globale, parziale, esterna, interna.

Anno Periodo ⁽¹⁾	Radiazione	Esposizione esterna		Esposizione esterna parziale		Esposizione interna					Esp.ne totale		Firma E.Q.	(6)	Annota- zioni (7) (8)	Esp.ne presso altri datori di lavoro o lavoro autonomo		
		Dose efficace mSv	Dose equivalente mSv	Organo o parte del corpo	Radio - nuclide	Tipo (2)	f ₁ (3)	Attività introdotta Bq	Dose efficace impegnata mSv (4)	Dose efficace mSv (5)						Dose efficace mSv	Dose equivalente mSv	Organo o parte del corpo
Gennaio																		
Febbraio																		
Marzo																		
Aprile																		
Maggio																		
Giugno																		
Luglio																		
Agosto																		
Settembre																		
Ottobre																		
Novembre																		
Dicembre																		

	Dose efficace mSv ⁽⁹⁾	Dose equivalente mSv ⁽⁹⁾	Organo o parte del corpo
Totale anno			

Dose efficace accumulata nella vita
mSv

NOTE

I valori numerici possono essere espressi, ove occorra, anche con notazione esponenziale.

- (1) Indicare il periodo a cui si riferisce la valutazione.
- (2) Indicare il tipo di ritenzione polmonare del radionuclide (S, M, F) nel caso di introduzione per inalazione.
- (3) Indicare il fattore di transit intestinale nel caso di introduzione per ingestione.
- (4) La dose impegnata va calcolata in un periodo di 50 anni.
- (5) Compilare solo in caso di esposizione totale.
- (6) Contrassegnare con A le dosi derivanti da esposizioni accidentali, con E quelle di emergenza, con V quelle valutate sulla base della sorveglianza ambientale (allegare i dati utilizzati per la valutazione), con S quelle derivanti da esposizioni soggette ad autorizzazione speciale, con N quelle derivanti da esposizione a sorgenti naturali di radiazioni.
- (7) Ove la contaminazione interna non si sia verificata per inalazione o per ingestione, indicare la via di introduzione. In caso di irraggiamento da neutroni indicare l'energia se conosciuta.
- (8) Indicare la data di trasmissione delle dosi al medico incaricato della sorveglianza medica.
- (9) Indicare la dose complessiva derivante dalle esposizioni presso tutti i datori di lavoro.

CONSERVAZIONE DELLA SCHEDA DOSIMETRICA

Cessazione dell'impresa/Risoluzione del rapporto di lavoro

La presente scheda dosimetrica viene consegnata al medico addetto alla sorveglianza medica dott.

ai sensi dell'art. 81, comma 4 del D.Lgs. 230/95, per:

☐ Cessazione dell'attività d'impresa avvenuta il _____

☐ Cessazione del rapporto di lavoro avvenuta il _____

Data _____

L'ESPERTO QUALIFICATO

IL MEDICO

Cessazione dell'incarico dell'esperto qualificato

La presente scheda dosimetrica viene consegnata all'esperto qualificato subentrante Sig.

per cessazione dell'incarico avvenuta il _____

L'ESPERTO QUALIFICATO USCENTE

L'ESPERTO QUALIFICATO SUBENTRANTE