**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:

**Nome e Cognome Qualifica** (1) **Classificazione Data di inizio**

 **dei lavoratori** (2) **dell’attività** (3)

### Firma dell’Esperto di Radioprotezione:

### Firma del Direttore della struttura:

Firma del Lavoratore:

**Note:**

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