**MODULO S-A**

**COMUNICAZIONE SOSPENSIONE DALL’ATTIVITÀ DEL PERSONALE ESPOSTO A RADIAZIONI IONIZZANTI**

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

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

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

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

Con la presente, si comunica che il sottoelencato personale è stato temporaneamente sospeso dall’attività comportante esposizione a radiazioni ionizzanti per (1):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | Qualifica (2) | Classificazione | Data di cessazione |
|  |  |  | dell’attività (3) | dei lavoratori |

### Firma dell’Esperto di Radioprotezione:

### Firma del Direttore della struttura:

Firma del Lavoratore:

**Note:**

1. Indicare la causa della sospensione: gravidanza, missione all’estero, aspettativa, temporanea modifica dell’attività lavorativa, decisione del Medico Competente o del Medico Autorizzato.
2. 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).
3. Indicare la classificazione del personale: *lavoratore esposto di Categoria A, lavoratore esposto di Categoria B*.