**MODULO M-C**

**RICHIESTA VISITA MEDICA DI CHIUSURA**

**PER IL PERSONALE ESPOSTO A RADIAZIONI IONIZZANTI**

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

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

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

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

Con la presente, si chiede di sottoporre il sottoelencato personale alla prevista visita medica di chiusura:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | | Qualifica (1) | Classificazione | Data di cessazione |
|  |  |  | dell’attività (2) | dei lavoratori (3) | |

### Firma dell’Esperto di Radioprotezione:

### Firma del Direttore della struttura:

Firma del Lavoratore:

**Note:**

1. 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).
2. Indicare la classificazione del personale: *lavoratore esposto di Categoria A, lavoratore esposto di Categoria B.*
3. Indicare la data di effettiva cessazione dell’attività comportante esposizione a radiazioni ionizzanti, specificando se, contestualmente, si avrà cessazione del rapporto di lavoro.