



**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 dell'attività (2)	Data di cessazione 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.