*(FAC-SIMILE DA STAMPARE SU CARTA INTESTATA DEL DATORE DI LAVORO, INVIARE A TIFPA CHE SI OCCUPERA’ DI TRASMETTERLO all’APSS)*

***Al Direttore***

***TIFPA – Centro INFN Trento***

*c/o Dipartimento di Fisica – UNITN*

*Via Sommarive, 14*

*38123 Povo - Trento*

Si prega di autorizzare il/ la sig. /sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso: M F nato/a il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Comune di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: ;

Centro di Appartenenza TIFPA

 UNITN

 FBK

 INFN Struttura di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posizione nei confronti della Struttura di appartenenza[[1]](#footnote-1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A frequentare **l’AREA RICERCA del Centro di Protonterapia di Trento**

dalla data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ alla data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

nell’ambito dell’esperimento autorizzato in data …………………………… e intitolato “……………………………”.

Relativamente ai rischi da radiazioni ionizzanti il/la richiedente è classificato/a come segue:

 Categoria A Categoria B Non esposto

Solo per i richiedenti classificati in categoria A o B si allega:

* copia del giudizio di idoneità medica ai sensi del D. Lgs. 101/2020 (idoneità al lavoro comportante rischio di esposizione a radiazione ionizzante) in corso di validità.
* copia del libretto di radioprotezione redatto ai sensi del D.Lgs. 101/2020.

**Si precisa che l’interessato/a**

* è coperto/a da assicurazione INAIL contro gli infortuni, ai sensi del DPR 30/6/65 n. 1124 “Testo Unico delle disposizioni per l’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”. Detta assicurazione è valida anche durante il periodo di frequenza dell’interessato presso il Centro di Protonterapia di Trento.

Ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D. Lgs. 81/08 e s.m.i.),

**si dichiara che**

* il sottoscritto è consapevole degli obblighi in capo ai datori di lavoro introdotti dal D.Lgs 101/20;
* il sottoscritto ha preso visione e trasmesso a chi di competenza (esperto di radioprotezione incaricato, RSPP, Medico Autorizzato se del caso, lavoratore oggetto della dichiarazione) le informazioni contenute nel documento: “Informazioni per il datore di lavoro di lavoratore esterno: accesso alla sala ricerca del Centro di Protonterapia di Trento”;
* il lavoratore ha ricevuto la necessaria informazione e formazione sui rischi generali e sarà eventualmente dotato di tutti i Dispositivi di Protezione richiesti per l’attività che andrà a svolgere.
* Il lavoratore che svolgerà attività con rischio da radiazioni ionizzanti è stato formato in materia di radioprotezione, come previsto dall’art. 111 del D. Lgs. 101/20.
* durante la sua permanenza presso il Centro di Protonterapia di Trento il lavoratore si atterrà alle Norme di Comportamento ricevute e in generale alle Norme di Radioprotezione del Centro.

Il frequentatore, se esposto, verrà dotato di dosimetri personali.

**Si chiede infine che le comunicazione delle dosi da parte dell’ERP di IBA vengano inviate a:**

(mail):

In caso di necessità e per ulteriori informazioni, rivolgersi a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Luogo, Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_***

***TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO***

1. BORSISTA / STUDENTE / DOTTORANDO / RICERCATORE / DIPENDENTE / …. [↑](#footnote-ref-1)