



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA

Cessazione dell'attività soggetta a rischio da radiazioni ionizzanti

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ qualifica _____

Recapito (*indirizzo completo*) _____

Codice fiscale _____

Datore di lavoro : Università degli Studi di Siena

Sede _____ Reparto _____

Data in cui è iniziata l'attività soggetta a rischio _____

Data cessazione dall'attività soggetta a rischio _____ per:

- risoluzione rapporto di lavoro
- trasferimento
- cessazione attività soggetta a rischio radiologico
- cessazione per riclassificazione
- Altro: (specificare)

(si ricorda che alla ripresa dell'attività soggetta a rischio, il dipendente ha l'obbligo di compilare un nuovo modello di inserimento).

Siena, _____

*Il Direttore / Il Responsabile
della Sede*

Il Dipendente

Attenzione: Si ricorda che tra gli obblighi previsti per il personale e gli equiparati esposti a rischio da radiazioni ionizzanti, la norma prevede che gli stessi debbano sottoporsi a **visita medica conclusiva prima della cessazione dell'attività a rischio** (articolo 68, D. L.vo 230/95 e successive modificazioni)