

*Spettabile IRCCS Istituto Romagnolo per
lo Studio dei Tumori "Dino Amadori" – IRST Srl*

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il _____, residente in Via/Piazza _____ nr. _____
Località _____ Prov. _____ CAP _____
Codice fiscale _____
Recapito telefonico: _____
Indirizzo E-mail: _____
Laureando/Laureato in _____
Master _____

chiede di poter svolgere

- Attività in missione da altro ente
- Attività come Frequenza volontaria

Per un totale di nr. _____ mesi o nr _____ ore indicativamente a partire dal mese di

_____ presso la Struttura _____ Irst .

Data _____ Firma del Richiedente * _____

- Il richiedente dovrà prendere contatti con il responsabile di Struttura Irst per la compilazione della pagina 2 (*"DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' A CURA DEL RESPONSABILE"* lettere A e B). Dovrà poi accertarsi che il responsabile faccia pervenire il modulo completo con le firme del richiedente e del solo responsabile a:
 - ufficio risorse umane : risorseumane@irst.emr.it
 - ufficio spp: spp@irs.emr.it

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA A CURA DEL RESPONSABILE (A)

TABELLA RISCHI (B)

attività con Agenti biologici	<input type="checkbox"/> Si e si prevede contatto diretto con il paziente <input type="checkbox"/> Si, ma non si prevede contatto diretto con il paziente <input type="checkbox"/> Si, Manipolazione di MOGM <input type="checkbox"/> NO
attività con Agenti chimici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
attività con Chemioterapici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
attività con Lavoro notturno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
attività con Movimentazione Pz (MMPZ)	Assistenza diretta pazienti non collaboranti: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
attività con Radiazioni ionizzanti **	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
attività in Risonanza Magnetica ** °	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
attività con uso di Videoterminali	<input type="checkbox"/> ≥ 20 ore/settimana <input type="checkbox"/> ≤ 20 ore/settimana

** per SGRU: consegnare "modulo per Classificazione Radioesposti" (R01/PA52)

° per SGRU: consegnare "scheda del lavoratore per l'autorizzazione all'accesso alla risonanza magnetica" (R01/IO06).

Data _____

Il Responsabile Struttura

VALUTAZIONE A CURA DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

A seguito dell'analisi delle attività emergono i seguenti rischi lavorativi:

Data _____

Firma RSPP _____