

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Direzione Sanitaria



SCHEDA A (Medici in formazione specialistica)

ALLA MEDICINA DEL LAVORO PER
L'ATTIVAZIONE DELLA SORVEGLIANZA
IL DIRETTORE SANITARIO

Alla Direzione Sanitaria IOR

Cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____

Tel.: _____ e-mail _____

Stato attuale:

☐ specializzando della Scuola di Anestesia dell'Università di _____

Anno di specialità _____

periodo di formazione dal _____ al _____

presso SC/SSD/Servizio/Laboratorio/Ufficio (specificare presso quale unità operativa):

SC ATIPD

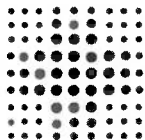
Data _____ FIRMA _____

Visto, si esprime parere favorevole

(firma Dir.Scuola Spec./Direttore-Responsabile della SC/SSD/Lab/Uff)
(data)

Visto, si ammette

(firma Direttore Sanitario)
(data)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Direzione Sanitaria

SCHEDA C
di destinazione lavorativa e/o di apprendimento (Medici in formazione specialistica)

Cognome e nome _____

SC/SSD/Servizio/Laboratorio/Uff._SC ATIPD _____

Data di inizio attività _____ Data presunta di fine attività _____

Tempo dedicato all'attività (giorni al mese) 20 – 24g/mese COME DA CONTRATTO

Posizione:

☐ Medico Specializzando dell'Università di _____

Attività a rischio radiologico ☒ Sì ☐ No _____

Attività con radioisotopi ☐ Sì ☒ No _____

Attività a rischio da radiazioni non ionizzanti ☐ Sì ☒ No _____

Attività con videoterminali (ore/settimana) _____ ☒ No

Attività a rischio biologico ☒ Sì ☐ No _____

Attività a rischio cancerogenico ☐ Sì ☒ No _____

Attività in presenza di gas anestetici ☒ Sì ☐ No _____

Movimentazione carichi ☐ Sì ☒ No _____

Eventuali note: _____

Data _____

Firma dell'interessato

Firma del Direttore/Responsabile