

MODULO INFORMATIVO FINALE PER LA CLASSIFICAZIONE DI RADIOPROTEZIONE
(a cura della struttura ospitante)

DATI DEL LAVORATORE O EQUIPARATO

Nome _____

Cognome _____

Mansione _____

Classificazione _____
(dati esposizione)

Idoneità Preliminare _____

Data dell'ultima visita del medico autorizzato _____

Giudizio di idoneità _____ [^]

Il medico autorizzato della struttura ospitante