



Ancona, \_\_\_\_\_

**LABORATORIO DI TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA**

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_

Dottorando/Laureato/Studente/Altro: \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

- Di aver preso visione delle norme che regolano l'accesso, l'orario di attività e l'attività stessa del Laboratorio di TRMIR nei locali ad esso adibiti:

 Aula A 13 (polo Murri) -  Locali del Corso di Laurea (polo Murri)

- Che il Responsabile dell'Attività Didattica e di Ricerca del Laboratorio è il

Dott. Luigi La Riccia (Direttore ADP del CL TRMIR)

- Di essere stato informato dei rischi specifici per la sicurezza e la salute in relazione all'attività da svolgere, nonché delle normative di sicurezza e delle disposizioni emanate dal Responsabile dell'Attività Didattica e di Ricerca in laboratorio e formato in ordine alle procedure di lavoro in sicurezza
- Di aver ricevuto le linee guida e di aver compreso l'importanza delle stesse

**DICHIARA:**

- Che sono presenti nella struttura i D.P.I. necessari alle attività svolte all'interno della stessa e per i quali ha ricevuto: a) informazioni e istruzione dell'uso; b) formazione relativa ai rischi sui quali i singoli D.P.I. agiscono; c) addestramento e formazione sulle indicazioni e controindicazione all'uso; d) disposizioni sull'obbligatorietà di indossare/utilizzare i D.P.I. al momento in cui si inizi una qualsiasi attività di laboratorio che ne richieda l'utilizzo

Dottorando/Laureato/Studente/Altro

Il Responsabile dell'attività didattica  
e di ricerca del Laboratorio di TRMIR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Direttore del CdL

\_\_\_\_\_