ALLEGATO ALLA DOMANDA DI ASSOCIAZIONE

DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE DELLE ATTIVITA’ SPERIMENTALI

**DICHIARAZIONE**

In merito alla richiesta di associazione del Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Il sottoscritto prof./dott\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di responsabile

dichiara che le attività sperimentali che questi andrà a svolgere

COMPORTANO RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

**NO**

Si

* In caso di risposta affermativa, dichiara che:
* è stata compilata e inviata la scheda di radioprotezione secondo le procedura adottata dall’Ente di appartenenza
* di essere consapevole che le attività con rischio da radiazione ionizzanti potranno essere svolte solo in seguito al rilascio da parte del proprio datore di lavoro del nullaosta e del Certificato di idoneità alla mansione

Visto per accettazione In fede

Il richiedente Il responsabile delle attività

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.: *copia della presente dichiarazione deve essere inviata per posta elettronica insieme alla documentazione di associazione INFN (in formato pdf) al seguente indirizzo :*** ***annalisa.cucchiarini@mib.infn.it***