ALLEGATO ALLA DOMANDA DI ASSOCIAZIONE

DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE DELLE ATTIVITA’ SPERIMENTALI

**DICHIARAZIONE**

In merito alla richiesta di associazione all’INFN del Sig……………………………………………….. (qualifica …………………………………….), il sottoscritto prof./dott..……………………………………………………….., in qualità di responsabile, dichiara che le attività sperimentali che questi andrà a svolgere

* NON COMPORTANO RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI
* COMPORTANO RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

In particolare tali attività consisteranno in:

* Esperimento e laboratori (sedi):

………………………………………………………………………………………………….….……………………………………………………………………………………………….…….……………………………………………………………………………………………………..

* Macchine radiogene (Vmax, Imax)

………………………………………………………………………………………………………

* Acceleratori:

…………………………………………………………………………………………………..….………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………...

* Sorgenti radioattive sigillate (isotopi e attività):

.………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

* Manipolazione componenti attivati o sorgenti non sigillate (isotopi e attività):

…………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………………..

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***