

**NULLAOSTA RILASCIATO DAL DATORE DI LAVORO**

(deve essere compilato dal Direttore dell'Istituto/Ente di appartenenza o da un suo Delegato)

**A CHI DI COMPETENZA**

Si chiede di autorizzare il Sig./la Sig.ra ..... ad avere accesso ai Laboratori Nazionali di Frascati dell'INFN per il periodo da ..... a .....

Istituto/Ente .....

Dipendente a tempo indeterminato – Posizione.....

Dipendente a tempo determinato – Posizione .....

Tipo di contratto ..... Data di scadenza .....

Altro Tipo di contratto .....

da ..... a .....

Associando 2016 di altre Sezioni/Laboratori INFN per il quale la richiesta di associazione è stata inoltrata all'Amministrazione Centrale INFN

Ai sensi del DPR 1124/65 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", e successive integrazioni e modificazioni, si precisa che l'interessato/a (durante il periodo di frequenza presso i Laboratori Nazionali di Frascati)

è coperto da assicurazione INAIL  non è coperto da assicurazione INAIL

L'interessato/a **NON svolgerà attività con rischio da radiazioni ionizzanti** durante il suo periodo di permanenza ai LNF.

In base alle normative vigenti in Italia in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs 230/95, Servizio di Fisica Sanitaria – D.Lgs. 81/08 e successive modifiche e/o integrazioni)

**Io sottoscritto/a dichiaro che**

il lavoratore/la lavoratrice è idoneo/a a svolgere l'attività per la quale ha ricevuto la necessaria formazione e informazione con particolare riguardo ai seguenti rischi

<b>Rischi meccanici</b> <input type="checkbox"/> Cadute dall'alto <input type="checkbox"/> Urti, colpi, impatti, compressioni <input type="checkbox"/> Punture, perforazioni, tagli, abrasioni <input type="checkbox"/> Scivolamenti, cadute a livello <input type="checkbox"/> Altro	<b>Uso di videoterminali</b> <input type="checkbox"/> Uso videoterminali per >20 ore/sett. <input type="checkbox"/> Altro
	<b>Carichi</b> <input type="checkbox"/> Movimentazione manuale di carichi <input type="checkbox"/> Altro

<b>Rischi termici</b> <input type="checkbox"/> Calore <input type="checkbox"/> Fiamme <input type="checkbox"/> Freddo <input type="checkbox"/> Altro	<b>Rischi da rumore</b> <input type="checkbox"/> Rumore > 80 dBA <input type="checkbox"/> Ultrasuoni <input type="checkbox"/> Vibrazioni <input type="checkbox"/> Altro
--	---

<b>Rischi elettrici</b> <input type="checkbox"/> Quadri elettrici in tensione (220-380 V) <input type="checkbox"/> Cabine elettriche bassa tensione (380 V) <input type="checkbox"/> Cabine elettriche medio-alta tensione <input type="checkbox"/> Manutenzione gruppi elettrogeni <input type="checkbox"/> Manutenzione impianti elettrici di trasporto <input type="checkbox"/> Manutenzione impianti elettrici di utilizzo <input type="checkbox"/> Apparecchiature elettroniche <input type="checkbox"/> Altro	<b>Radiazioni non ionizzanti</b> <input type="checkbox"/> Sorgenti a radiofrequenza <input type="checkbox"/> Sorgenti di radiazioni infrarosse <input type="checkbox"/> Sorgenti di radiazioni nel visibile <input type="checkbox"/> Sorgenti di radiazioni ultraviolette <input type="checkbox"/> Sorgenti di radiazione laser <input type="checkbox"/> Campo magnetico statico <input type="checkbox"/> Campo magnetico variabile <input type="checkbox"/> Altro
---	--

<b>Rischi mutageni e/o cancerogeni</b> <input type="checkbox"/> Uso di agenti cancerogeni e/o mutageni	<b>Rischi biologici</b> <input type="checkbox"/> Uso di agenti biologici
<b>Rischi chimici</b> <input type="checkbox"/> Prodotti tossici (specificare quali ..... .....) <input type="checkbox"/> Altro	<b>Carriponte / Lavori in alto</b> <input type="checkbox"/> Uso di carriponte <input type="checkbox"/> Lavori in alto <input type="checkbox"/> Altro

Data .....

Timbro e firma .....  
(Direttore dell'Istituto/Ente o suo Delegato)