

Al Direttore Generale
ATS della Brianza
indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it

e p.c. alla Commissione per la Radioprotezione
c/o Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
via Novara 3 - 20832 Desio

Domanda di Nulla Osta di categoria B all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico. Articoli 27 e 29 del D.Lgs. 230/95.

Il sottoscritto,
nato a (prov.), il,
residente in (prov.), CAP,
via/piazza, n.
C.F., in qualità di legale rappresentante di ⁽¹⁾
.....
con sede legale in (prov.), CAP,
via/piazza, n.
P.IVA/C.F. n., tel. PEC

CHIEDE

il **rilascio** del **Nulla Osta di categoria B** all'impiego di ⁽²⁾:

.....,
.....,
.....,
presso la sede operativa di ⁽³⁾:
.....,
.....,
.....

continua ./.

¹ Indicare con precisione, ossia scrivendo per esteso denominazione o ragione sociale, l'Ente, società, fondazione di cui si è legale rappresentante
² Indicare il tipo di pratica che si intende svolgere
³ Indicare l'indirizzo preciso della località di svolgimento della pratica, evidenziando anche presidio, reparto, servizio, unità operativa, laboratorio, ecc.

- k) indicazione dei criteri e modalità di esercizio della sorveglianza fisica della radioprotezione, con particolare riferimento alla frequenza delle valutazioni di cui all'art. 80, comma 1, lettera c) del decreto, e alla sensibilità della strumentazione e dei mezzi di sorveglianza dosimetrica utilizzati;
 - l) descrizione dei programmi di prove previste in sede di prima verifica dell'installazione;
 - m) modalità previste per la eventuale disattivazione dell'installazione.
- 2) n. 2 planimetrie in scala 1:100 firmate e timbrate in originale dall'Esperto Qualificato e contenenti le indicazioni di cui ai punti c) e d) della relazione tecnica;
 - 3) autocertificazione dei titoli posseduti per le figure tecniche incaricate (Responsabile dell'impianto, radiologico, Esperto qualificato, Esperto in fisica medica, Medico autorizzato, Medico competente);
 - 4) dichiarazione sostitutiva di atto notorio dei servizi prestati (Esperto in fisica medica);
 - 5) accettazione degli incarichi da parte delle figure tecniche incaricate (Esperto qualificato, Medico autorizzato);
 - 6) attestazione di pagamento dei diritti sanitari (solo se soggetto privato);
 - 7) bollo da applicare sulla presente domanda (solo se soggetto privato).
 - 8) bollo da applicare sul Nulla Osta (solo se soggetto privato).

AUTORIZZA il trattamento dei propri dati personali, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma (*per esteso e leggibile*)

.....