

MODULO di CESSAZIONE (esposizione alle radiazioni ionizzanti)

Si comunica che il/la Sig. _____ in servizio presso l'U.O. di _____ del P.O. "_____" dell'ASP di Agrigento, ha cessato l'esposizione alle radiazioni ionizzanti in data _____, per il seguente motivo:

- ☐ Cessazione incarico.
- ☐ Trasferimento presso altro reparto.
- ☐ Cessazione del rapporto di lavoro.
- ☐ Assente per motivi di salute.
- ☐ Assente per Gravidanza

Data _____

Il Direttore del U.O.
