

Allegato 3

MODULO ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ*

Io sottoscritto _____

Specialist del prodotto _____

Azienda _____

Avendo ricevuto l'autorizzazione della DMO, dichiaro:

- che indosserò correttamente i DPI e in caso di radiazioni ionizzanti il dosimetro
- che indosserò cartellino di riconoscimento dell'Azienda di appartenenza
- che resterò negli ambienti ospedalieri solo per il tempo strettamente necessario
- che rispetterò quanto previsto dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/03 così come novellato dal D. Lgs. 101/18;
- di non avere situazioni, anche solo potenziali, di conflitto di interesse con il Personale ASL LT
- di aver preso visione della procedura accettandone le indicazioni.

Firma

Latina, ____/____/____

*da consegnare in DMO