



## DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA AI TIROCINI PROFESSIONALIZZANTI PRESSO LA SC DI MEDICINA NUCLEARE – OSPEDALE DI CATTINARA – TRIESTE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, matr. \_\_\_\_\_, in qualità di studente regolarmente iscritto al \_\_\_ ° anno di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste, consapevole della rilevanza giuridica delle dichiarazioni rese e degli impegni sotto riportati

### DICHIARA

- di essere a conoscenza dei rischi legati alla frequenza nel Reparto, dovuti all'utilizzo di radiofarmaci;
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione all'accesso alla Zona Controllata della Medicina Nucleare è concessa solo ed esclusivamente per le attività osservazionali previste dal tirocinio sotto la supervisione del responsabile della struttura al fine di evitare rischi di esposizione alle radiazioni ionizzanti.
- di osservare le indicazioni dei tutori ospitanti e di fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze, gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda ospitante durante lo svolgimento del tirocinio e di rispettare i regolamenti aziendali/dei servizi, le norme di radioprotezione redatte dal Responsabile di Struttura e dall'Esperto di Radioprotezione, le norme in materia di igiene e sicurezza e il codice etico della struttura ospitante;
- (per le studentesse) di non essere in stato di gravidanza certa o presunta (l'accesso alle Zone Controllate è vietato dalla normativa vigente per donne in stato di gravidanza).

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali rispetto a quanto previsto ai sensi degli artt. 5 e 29 Regolamento Generale sulla Protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali (UE) 2016/679 e dell'art. 2 *quaterdecies* del D.lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" così come modificato dal D.Lgs 101/2018

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

