



SCHEMA DI CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

(da compilarsi preventivamente alla cessazione)

Unità Professionale di Fisica Sanitaria
Alma Mater Studiorum Università di Bologna
email: centrosalutesicurezza.fisicasanitaria@unibo.it

A cura della Direzione della Struttura

La Struttura (Dip. / U.C. / ecc.):
Sede:
Referente interno:
Tel:

COMUNICA CHE

Il/la Lavoratore/trice: Cognome e Nome:
Luogo e data di nascita:
Lavoratore esposto in cat.: (*indicare A; B o Non Esposto*)
Domicilio:
Recapito Tel¹: e-mail:

- A partire dal non presterà più la propria attività lavorativa presso questa Struttura per:
- a) Cessazione del rapporto di lavoro con l'Università di Bologna
 - b) **Per gli studenti:** conseguimento del titolo di studio
 - c) **Solo per iscritti a Scuole di Specializzazione:** assunzione ex DL 145/2018 s.m.i. *decreto "Calabria"*
 - d) **Altro:**

Bologna, li

Timbro e firma del Direttore

¹: Il recapito telefonico verrà utilizzato solo per concordare con il lavoratore la visita di fine rapporto da parte della Medicina del Lavoro.

DURANTE LA VISITA CONCLUSIVA, IL LAVORATORE POTRÀ FARE RICHIESTA DI COPIA DELLA PROPRIA CARTELLA CLINICA.

N.B.: La visita medica conclusiva, per cessazione di attività con rischio da radiazioni ionizzanti, è prerogativa dei lavoratori classificati in categoria A e/o B.