|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UCZESTNIK:** | | | |
| IMIĘ: |  | NAZWISKO: |  |
| PESEL: |  | DATA I MIEJSCE URODZENIA: |  |
| KOD POCZTOWY: |  | MIEJSCOWOŚĆ: |  |
| ULICA: |  | NUMER DOMU/ MIESZKANIA: |  |
| NUMER TELEFONU: |  | E-MAIL: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE W ZAKRESIE OCHRONY RADIOLOGICZNEJ:** | |
| Data ważności badań lekarskich – wydane przez uprawnionego lekarza w zakresie dopuszczenia pracownika do pracy w narażeniu na promieniowanie jonizujące: |  |
| Czy pracownik może pracować w narażeniu na promieniowanie jonizujące: | Tak / Nie \* |
| Kategoria zaszeregowania pracownika w zakładzie pracy: | A / B \* |
| Numer paszportu dozymetrycznego: |  |
| Sumaryczna dawka skuteczna (efektywna) za ostatni rok kalendarzowy: | …………………mSv |
| Sumaryczna dawka skuteczna (efektywna) za ostatnie 5 lat: | …………………mSv |
| Data aktualnego szkolenia w zakresie ochrony radiologicznej: |  |
| Data ćwiczeń w zakresie zakładowego planu postępowania awaryjnego: |  |

\*Nie potrzebne skreślić.

............................................................ .............................................................

**Nr uprawnień IOR pracodawcy i podpis Podpis pracodawcy**