**FORMULARZ REJESTRACYJNY Użytkownika SLCJ
HIL USER REGISTRATION FORM**

Imię / Name: ……………………………………………………….

Nazwisko / Surname:……………………………………………

*(As in Passport, Latin alphabet)*

Płeć /Gender: M **☐** / F **☐**

Numer telefonu / Phone Number:…………………………………

E-MAIL: ………………………………………………………………………..

Data urodzenia / Birth Date:………………………………………….

Obywatelstwo / Nationality:…………………………………………

Rodziaj i numer dokumentu tożsamości / Passport/ID card series and number: …………………………………………

Tytuł lub stopień naukowy / Academic title or degree: …………………………………………………….

Instytucja macierzysta, adres / Home Institutution’s name, address:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres rejestracji / Registration period: ………………………… - ……………………………

Cel współpracy / Reason for collaboration:

Experiment **☐** Data analysis **☐** Meeting **☐**
Other ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Osoba kontaktowa w ŚLCJ / Local contact person at HIL: ………………………………………………………………………………..

Osoba kontaktowa w razie wypadku (imię i nazwisko, telefon, adres)/ Emergency contact person (name, phone, address) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Do you request an invitation letter for visa purpose? yes/no

\*If yes:

Name of the town in which you will apply for visa………………………………………

Passport date of issue………………………………

Passport date of expire………………………………

***Potwierdzenie Rejestracji/Registration Approval***

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba kontaktowa w SLCJ / HIL Local contact person | Dyrektor SLCJ / HIL Director |
|  |  |

Ochrona radiologiczna / Radiation protection

Czy wnioskujesz o dostęp do obszarów objętych kontrolą radiologiczną? / Do you request an access to radiation controled areas?

tak/ nie yes/no

\*Jeśli tak / If yes:

Wnioskuję o dostęp do / I request an access to:

**☐** Hali eksperymentalnej / Experimental hall

**☐** Laboratorium Izotopowego / Isotopic laboratory

**☐** Gamma kamera / Gamma camera

**☐** Inne / Other ………………………………………………………………….……………………………………………………………………………

Kategoria narażenia w instytucji macierzystej (A/B/nienarażony) / Radiation protection classification at home institution (A/B/nonexposed): ……………………………………………

Ograniczenie dawki, która może zostać przyjęta w związku z wykonywanymi czynnościami / Dose constraint to be adopted in relation to the activities to be carried out: ……………………………

Oświadczam, że otrzymałam/em niezbędne informacje i szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej w instytucji macierzystej / I declare that I received the information and training in radiation protection at home institution

Załączam oświadczenie o dopuszczeniu do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące (tylko dla pracowników zaklasyfikowanych jako narażeni / pracowników pracujących w warunkach A lub B), podpisane przez osobę uprawnioną (inspektor ochrony radiologicznej lub dyrektor jednostki macierzystej)

I attach a suitability certificate enabling work with the ionization radiation, signed by the qualified person (radiation protection officer or the director of the mother institution) (only for workers classified as exposed / workers that work in working condition A or B)

Data i podpis użytkownika / Date and signature of the user

………………………………………………………………………………

***Pole wypełnia Inspektor Ochrony Radiologicznej SLCJ / Reserved for the Radiation Protection Officer at HIL:***

Potwierdzam, że klasyfikacja ochrony radiologicznej pracownika zewnętrznego jest właściwa do dawek promieniowania, które pracownik może otrzymać / I confirm that the radiation protection classification of the external worker is appropriate in relation to the doses that the worker can receive.

Data i podpis Inspektora Ochrony Radiologicznej SLCJ / Date and signature of the HIL Radiation Protection Officer

………………………………………………………………………