

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:.....

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

Tytuł lub stopień naukowy / Academic title or degree:

Instytucja macierzysta, adres / Home Institution's name, address:

.....
.....

Okres rejestracji / Registration period: -

Cel współpracy / Reason for collaboration:

Experiment ☐ Data analysis ☐ Meeting ☐

Other

Osoba kontaktowa w SLCJ / 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 controlled 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

.....