

# ZAŚWIADCZENIE O DOPUSZCZENIU DO PRACY W WARUNKACH NARAŻENIA NA PROMIENIOWANIE JONIZUJĄCE

Zaświadczam, że pan/ pani:

**Imię i nazwisko** .....

**Data urodzenia** .....

jest pracownikiem / studentem / inna rola (jaka?) .....

.....

(nazwa instytucji macierzystej)

pracującym/cą w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące pod nadzorem Inspektora Ochrony Radiologicznej.

**Został/a zakwalifikowana do kategorii A/B narażenia.**

W ciągu ostatnich 3 lat otrzymał/a dawkę .....

Otrzymał/a niezbędne informacje i szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej w instytucji macierzystej – data szkolenia .....

**Data ważności certyfikatu medycznego:** .....

**Imię i nazwisko oraz adres e-mail osoby odpowiedzialnej za ochronę radiologiczną w instytucji macierzystej:** .....

.....

**Data**

.....

**Podpis**