**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 IOR**