

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